



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**Promoção do desenvolvimento da criança através do
posicionamento terapêutico**
**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação**

Elisa da Silva Páscoa

Lisboa
2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**Promoção do desenvolvimento da criança através do
posicionamento terapêutico**
**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação**

Elisa da Silva Páscoa

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Sá

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A verdade de amanhã alimenta-se do erro de ontem, e as contradições que temos
de superar são o que fertiliza o nosso crescimento”
Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria do Céu Sá pela orientação e por me incentivar a fazer o meu melhor.

Aos enfermeiros orientadores que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha irmã e aos meus pais pelo apoio incondicional.

À Cláudia, Teresa, Sara e Filipa pelo ombro amigo ao longo desta jornada.

À Júlia por ser uma eterna motivadora.

Ao A.J. por me desafiar constantemente.

E a todos os colegas de turma pelo companheirismo nesta caminhada.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CD – Cuidados para o Desenvolvimento

CMFR - Centro de Medicina Física e Reabilitação

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

DGS – Direção Geral de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Paralisia Cerebral

RN – Recém-nascido

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNC – Sistema Nervoso Central

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RESUMO

O presente relatório de estágio tem como objetivo descrever e analisar as atividades realizadas ao longo do ensino clínico e a consequente aquisição de competências específicas de enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e comuns do Enfermeiro Especialista, de forma a obter o grau de Mestre em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No recém-nascido prematuro o Posicionamento Terapêutico é uma das intervenções autónomas de enfermagem que mais precocemente se pode instituir, tendo benefícios no desenvolvimento motor, na promoção do conforto e prevenção de sequelas. Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, detentor de um elevado nível de conhecimentos deve intervir prevenindo complicações e evitando incapacidades. Assente nesta premissa, objetiva-se expor as aprendizagens desenvolvidas que nos permitiram obter competências de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, assim como na área do Posicionamento Terapêutico no recém-nascido, tendo como objetivo a longo prazo diminuir sequelas e garantir a qualidade de vida a estas crianças e suas famílias.

O referencial teórico utilizado foi a Teoria do Conforto de Kolcaba, visto que o conforto é uma condição promovida nas intervenções autónomas de enfermagem de reabilitação, visando cuidar, capacitar e maximizar a capacidade funcional da pessoa, promovendo o seu bem-estar. Estes objetivos vão ao encontro do posicionamento terapêutico que diminui o impacto do meio extrauterino na criança prematura, sendo desta forma uma intervenção que otimiza o desenvolvimento neuromotor através do conforto físico e ambiental.

Palavras-chaves: Enfermagem de Reabilitação; Posicionamento Terapêutico, Desenvolvimento Infantil

ABSTRACT

This internship report has the objective of describe and analyze the activities performed throughout the clinical teaching and consequent acquisition of common competences of a specialist nurse and specifics of a rehabilitation specialist nurse in such a way to obtain the degree of master in nursing from Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Therapeutic positioning of the newborn is one of the nursing autonomous interventions which can be instituted earlier having benefits in the motor development of the premature newborn, in promoting comfort and in the prevention of sequels. According to the Rehabilitation Nursing College the rehabilitation nurse due to the range of knowledge must intervene to prevent complications and avoid disabilities. Following this premise, the objective is to expose the developed learnings which allowed to obtain competencies in specialist nurse, rehabilitation specialist nurse and in the area of therapeutic positioning of the newborn, aiming as long-term goal reducing of sequels and assure a higher quality of life possible to these children and their families.

The theoretical reference used was the Theory of Comfort of Kolcaba, since comfort is a condition promoted on the autonomous nursing interventions aiming to care, capacitate and maximize the person functional promoting the well-being. These objectives align with therapeutic positioning which reduces the impact of the extrauterine environment in the premature newborn resulting in an intervention that optimizes the neuromotor development through the physical and environmental comfort.

Key words: Rehabilitation nursing, Therapeutic positioning, child development

Índice

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA	21
1.1 Importância do Posicionamento Terapêutico na criança	21
1.2 Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na Promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico	23
2. TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA	27
3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	29
3.1 Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação	29
3.1.1 Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados	29
3.1.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	36
3.1.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	43
3.2 Competências comuns do enfermeiro especialista	47
3.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	47
3.2.2 Domínio da melhoria da qualidade	49
3.2.3 Domínio da gestão de cuidados	53
3.2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	55
4. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS	57
5. CONCLUSÃO	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

Apêndices

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Relatório de Estágio de Observação

Apêndice III – Estudo de Caso

Apêndice IV – Sessão “Posicionamento do recém-nascido”

Apêndice V – Sessão “Promover a mobilidade...na imobilidade”

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio que se intitula “Promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico – intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Este relatório teve como ponto de partida o projeto de estágio (Apêndice I) e tem como objetivo a descrição das atividades desenvolvidas, assim como a análise e reflexão das aprendizagens alcançadas ao longo dos ensinamentos clínicos, espelhando o desenvolvimento de competências comuns¹ do Enfermeiro Especialista e específicas² do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, articuladas com as previstas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação³.

Através da aquisição de competências de enfermeiro especialista, pretendemos desenvolver uma prática de cuidados baseada num entendimento profundo da pessoa numa perspetiva holística em diferentes situações, apresentando uma resposta mais adequada às suas necessidades. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012) deve haver um compromisso para desenvolver um ambiente de práticas baseadas na evidência, sendo necessário que as equipas que realizam investigação colaborem com as equipas que utilizam esses resultados. Tal como refere Benner, “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (...), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida (...)” (2001, p.32)

¹ São “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p. 8649).

² São “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p. 8649).

³ Os Descritores de Dublin, são um conjunto de competências acordadas, no Processo de Bolonha, que definem competências a desenvolver ao nível de mestrado, nomeadamente conhecimentos científicos, a capacidade de compreensão e a sua aplicação, a realização de juízos profissionais e tomada de decisão, capacidade de comunicação e a autoaprendizagem.

Desta forma, de acordo com o paradigma atual, os cuidados prestados às pessoas em contexto de saúde são cada vez mais complexos, pelo que se exige dos enfermeiros um maior conhecimento, que permita uma intervenção mais eficaz nas diferentes situações clínicas, desenvolvendo uma Prática Baseada na Evidência. Segundo Bower&Nemec (2017), esta prática consiste no uso consciencioso e explícito da melhor evidência científica, combinada com os valores do cliente e com a experiência clínica do profissional, sendo a base da uniformização dos cuidados e desenvolvimento de protocolos de atuação, permitindo obter melhores resultados nos cuidados aos clientes e diminuindo os custos em saúde.

Devido à utilização da prática baseada na evidência e ao desenvolvimento científico e tecnológico que ocorreu nas últimas décadas verificou-se uma redução da mortalidade infantil. No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde (2015) os partos prematuros têm vindo a aumentar, um em cada dez recém-nascidos nascem prematuros, ou seja, antes das 37 semanas de gestação, o que significa que as equipas de saúde enfrentam novos desafios nos cuidados a estas crianças.

A imaturidade global do recém-nascido prematuro põe em risco a sua sobrevivência e o seu desenvolvimento saudável. Desta forma, estas crianças pela sua imaturidade global necessitam de cuidados especializados em ambientes altamente tecnológicos, estando em risco de desenvolver alterações músculo-esqueléticas, neuro-comportamentais ou posturais (Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung 2009; Altimier & Phillips, 2013). O meio intrauterino contém todos os fatores promotores do desenvolvimento do feto. No entanto, o meio extrauterino está repleto de estímulos nocivos ao desenvolvimento do recém-nascido prematuro, devido à incapacidade do sistema nervoso de processar e responder a esta sobrecarga de estimulação. Os cuidados de enfermagem, devem ser centrados na criação de um ambiente que promova o desenvolvimento fisiológico e neurológico adequado (Sousa, Dias, Pedro, Artilheiro & Curado, 2016). Neste sentido, surge o presente relatório de estágio que tem como área temática a promoção do desenvolvimento da criança² através

² Para a pesquisa bibliográfica deste tema, considerou-se **criança**, o grupo etário desde o nascimento (recém-nascido) até 1 ano de idade – lactente. Visto que é durante este período que o sistema nervoso e musculoesquelético tem maior plasticidade e capacidade de resposta ao posicionamento corporal (Sweeney&Gutierrez, 2002).

do posicionamento terapêutico. Assente nesta premissa, procurou-se identificar o estado da arte relativamente aos benefícios do posicionamento terapêutico no desenvolvimento motor de crianças internadas em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Desta forma, realizámos uma revisão scoping, que fornece informação vasta e aprofundada sobre o assunto de pesquisa, independentemente dos desenhos dos estudos (Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Khalil, Parker, 2017). Foi através desta revisão de literatura que foi possível compreender a evidência científica da importância da intervenção do EEER ao realizar o posicionamento terapêutico para o desenvolvimento neuro motor do RN pretamuro.

Posto isto, foi estabelecida a pergunta de partida: *De que modo o posicionamento terapêutico, realizado pelo EEER, promove o desenvolvimento motor da criança?* Seguindo o formato PCC, identificámos a População – *Criança*; Conceito - Posicionamento terapêutico; Contexto – *Meio hospitalar*, nomeadamente *Neonatologia*. Nesta revisão scoping, foram incluídos todos os estudos de abordagem quantitativa e qualitativa, no idioma português e inglês, publicados entre 2000-2018; a população em estudo foi a criança desde o nascimento aos 18 anos. O critério de exclusão aplicava-se a artigos a que não seja possível aceder em FULL TEXT.

Desta forma foi realizada uma pesquisa sendo utilizado o motor de busca EBSCOhost Integrated Search, acedido através do Website da ESEL, disponível no Centro de Documentação On-line, em Bases de dados com acesso na Intranet ou VPN, e que permitiu o acesso às bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, utilizando-se os seguintes descritores de pesquisa, *Child* AND Patient Positioning AND Infant Development OR Child Development*. Foi realizada uma pesquisa na Cochrane Central Register of Controlled Trials, com zero resultados para os termos indexados.

Na fase da Identificação obtiveram-se 39 artigos na CINAHL e 5 artigos na MEDLINE. Destes 44 artigos foram seleccionados os que apresentavam Full text, resultando numa amostra de 8 artigos.

Destes 8 artigos, foram excluídos 4, através da leitura do título e/ou resumo, por não estarem relacionados com posicionamento terapêutico ou com intervenções de enfermagem.

Ficamos assim, com uma amostra final para análise aprofundada e extração de dados de 4 artigos incluídos.

Dos artigos selecionados salientamos os autores Altimer&Phillips (2013) que referem que o posicionamento terapêutico tem por objetivo replicar o apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando um suporte postural e de movimento, de forma a otimizar o desenvolvimento musculoesquelético e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas por RN de termo saudável.

O posicionamento terapêutico, independentemente do decúbito escolhido, deverá promover o aumento da atividade à linha média, flexão dos membros superiores e inferiores e permitir a capacidade de levar a mão à boca (Sweeney & Gutierrez, 2002; Fonseca & Barros, 2016).

De acordo com Tamez (2009) o posicionamento adequado da criança promove o conforto, o desenvolvimento motor, a coordenação na alimentação oral, a oxigenação e a função gastrointestinal. A longo prazo, previne alterações músculo-esqueléticas e alterações no formato da cabeça e as suas consequências no crescimento do cérebro.

O presente relatório teve como teoria de enfermagem orientadora da prática de cuidados, a Teoria do Conforto de Kolcaba, que considera que o conforto deve ser o primeiro e o último objetivo da enfermeira quando presta cuidados (Kolcaba,2003). Segundo Kolcaba (2003) os três conceitos centrais da sua teoria são a enfermagem, o doente e o ambiente. A enfermagem refere-se à avaliação das necessidades de conforto da pessoa e às intervenções desenvolvidas de forma a suprir estas necessidades. O doente é considerado o recetor dos cuidados de conforto, englobando o indivíduo, a sua família e comunidade. O ambiente é tudo o que envolve os cuidados e que seja passível de ser alterado de forma a promover o conforto.

Esta teoria refere que, a necessidade de cuidados de saúde, nomeadamente necessidade de conforto, é uma consequência de uma situação de saúde que provoque tensão e às quais a pessoa não consegue dar resposta através dos sistemas de suporte tradicionais. Baseia-se numa visão holística e completa da pessoa doente, assume que o conforto é próprio de uma condição, sensível às

mudanças de tempo e, passível de ser promovido pelas ações de enfermagem (Kolcaba, 2003).

Analizando os pressupostos desta teoria compreende-se a sua relação com o posicionamento terapêutico. Este é aplicável a crianças prematuras que têm necessidades de conforto específicas por estarem expostas ao meio extrauterino precocemente, um dos objetivos nos cuidados de enfermagem a estas crianças é o seu conforto e, otimização do seu desenvolvimento. Desta forma, através deste posicionamento pretende-se melhorar a postura corporal, prevenir sequelas motoras e promover o conforto do recém-nascido (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013).

Após o exposto, e considerando as necessidades de aprendizagem relativamente à temática mencionada e, considerando que a Ordem dos Enfermeiros (2015) identificou como emergente a investigação na Área das Intervenções Autónomas do Enfermeiro de Reabilitação na função motora, pode-se considerar que o posicionamento terapêutico assume-se como um dos cuidados que merece particular atenção para o EEER, visto que este cuidado promove o desenvolvimento neuromotor do recém-nascido prematuro e a prevenção de lesões músculo-esqueléticas.

Desta forma, para a realização dos estágios delineámos 3 objetivos:

- a) Desenvolver competências Científicas e Técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico, contribuindo para a melhoria dos cuidados nesta área;
- b) Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidade especiais, decorrentes de alterações motoras, sensitivas e respiratórias, ao longo do ciclo de vida, promovendo o conforto;
- c) Desenvolver competências no domínio da gestão, supervisão e liderança de cuidados promovendo a qualidade, continuidade e segurança;

O alcance destes objetivos está necessariamente relacionado com as atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio, que permitirão a aquisição e desenvolvimento de novas competências.

O estágio foi desenvolvido em dois contextos, o primeiro foi em contexto hospitalar, num Centro de Reabilitação (CR), no serviço de pediatria, no período entre 24 de setembro e 23 de novembro de 2018. O segundo contexto de estágio foi

numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), entre 26 de novembro de 2018 e 8 de fevereiro de 2019. Foi também realizado um estágio de observação numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, de um Centro Hospitalar de Lisboa, entre 11 e 16 de fevereiro 2019, com o objetivo de alcançar competências na temática do projeto de estágio (Apêndice II).

No que concerne a estrutura deste relatório, este encontra-se dividido em quatro partes. A primeira é a presente introdução onde é abordada de forma concisa a problemática do projeto e a sua contextualização, a pertinência do tema, os objetivos gerais, a filosofia de cuidados que sustentou o projeto e os contextos de estágio. No enquadramento conceptual será apresentado o enquadramento teórico, onde é abordado o estado da arte sobre a promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico. A terceira parte, partindo dos objetivos definidos, descrevemos, analisamos e refletimos sobre as atividades realizadas em estágio e de que forma é que estas possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. Posteriormente, é apresentada a avaliação das aprendizagens desenvolvidas, abordando as dificuldades ao longo deste processo formativo e a forma como foram ultrapassadas. Por fim, apresentamos a conclusão, onde são abordadas considerações finais e perspetivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

De forma a otimizar o desenvolvimento do nosso projeto, aprofundamos conhecimentos sobre a temática do posicionamento terapêutico na criança, para compreendermos de que modo é que este cuidado promove o conforto e, qual a intervenção do EEER junto destas crianças e famílias, o que iremos expor neste próximo capítulo.

1.1 Importância do Posicionamento Terapêutico na criança

A transição repentina do RN prematuro da vida intrauterina para a vida extrauterina é um momento de desorganização (Picheansathianet, Woragidpoonpol & Baosoung 2009), uma vez que o ambiente intrauterino promove o posicionamento ideal, mantendo o feto numa posição de flexão, contenção, alinhamento corporal e orientação à linha média (Sweeney&Gutierrez, 2002; Waitzman, 2007). O ambiente intrauterino é caracterizado por limites seguros e barreiras suaves (parede uterina), o que origina uma postura de flexão generalizada que permite o desenvolvimento do feto e o movimento fetal ativo (Hunter, 2010). Existe uma exposição limitada à luminosidade e ruído, desenvolvimento normal do ciclo do sono e o acesso direto e permanente à mãe (Altimier&Phillips, 2013), promovendo o neurodesenvolvimento e a autorregulação (Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013). Ao nascer, o RN prematuro, pela imaturidade do Sistema Nervoso Central apresenta uma ausência e/ou diminuição do tônus muscular e força, adotando frequentemente uma posição de extensão do pescoço, membros inferiores e superiores (Sweeney&Gutierrez, 2002) com a cabeça lateralizada para um lado, os membros superiores e inferiores em abdução e rotação externa (Hunter, 2010; King & Norton, 2017). Esta posição de extensão dos membros superiores e inferiores ocorre devido ao efeito da gravidade sobre o tônus muscular diminuído e à predominância do tônus extensor (Altimier&Phillips, 2013), podendo afetar a aquisição das capacidades para o desenvolvimento motor e dificultar os períodos de sono e conforto (Sweeney&Gutierrez, 2002).

Assim, o posicionamento terapêutico tem particular relevância em crianças nascidas prematuras, visto serem uma população com alterações de diferentes

dimensões, ao longo do seu crescimento. Alterações estas que incluem, pouca orientação à linha média, menor tolerância à manipulação, reflexos menos evidentes e alterações do tônus muscular que influenciam a aquisição de competências motoras ao longo do desenvolvimento (Pineda, Tjoeng, Vavasseur, Kidokoro, Nel, Terrie, 2013).

Segundo Altimier & Phillips (2013) o posicionamento terapêutico pretende promover o suporte postural e de movimento que os recém-nascidos prematuros necessitam para desenvolverem o sistema musculoesquelético de forma mais semelhante possível ao RN de termo saudável. É uma estratégia de intervenção que permite o desenvolvimento cerebral e consequentemente promove a estabilidade neuro-motora, neurocomportamental e músculo-esquelética, promove a estabilidade hemodinâmica, a integridade da pele, a densidade óssea, o sono e o desenvolvimento cerebral (Waitzman, 2007; Hunter, 2010).

Deste modo, os princípios a ter em conta quando se realiza o posicionamento terapêutico são: manter uma orientação simétrica do RN, relativamente à sua linha média corporal; manter a cintura escapular ligeiramente fletida; membros superiores fletidos com as mãos a tocar a face; flexão da articulação coxofemoral e do joelho; manter alinhamento da articulação tibiotársica e pés; cabeça na linha média com um ângulo inferior a 45° (esquerda ou direita) em relação à linha média; pescoço em posição neutra, cabeça pode estar ligeiramente fletida próxima dos 10° (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010).

Deve-se promover o contacto das mãos com a boca, para autoconsolo, e os dispositivos utilizados para o posicionamento devem permitir o movimento espontâneo, fornecer contenção tátil e permitir a perceção do próprio corpo (Sweeney&Gutierrez, 2010; Altimier&Phillips, 2013)

Os principais objetivos do posicionamento terapêutico são promover a contenção, conforto e adaptação ao ambiente extrauterino do recém-nascido através da implementação de limites e apoios; proporcionar movimentos de flexão com vista a obter um padrão postural e de movimento similar à do recém-nascido de termo saudável; manter o alinhamento articular; adequar uma postura que previna assimetrias posturais e o desenvolvimento de padrões posturais anormais; prevenir o achatamento da cabeça e rotação externa das ancas; encorajar o desenvolvimento das habilidades motoras e reflexas e do tônus corporal; assistir o movimento anti

gravitacional; promover a estabilidade fisiológica, autorregulação e organização neurocomportamental do recém-nascido (Aucott, Donohue, Atkins & Allen, 2002; Sweeney&Gutierrez, 2002; Fonseca & Barros, 2016).Tendo em conta os objetivos do posicionamento terapêutico, compreende-se que este dá resposta às necessidades de posicionamento do RN (Altimier & Phillips, 2013).

Desta forma, o posicionamento terapêutico é uma intervenção sem custos acrescidos pois não necessita de equipamento específico para ser realizada, visto estar integrada nas intervenções autónomas de enfermagem, e quando é otimizada traz benefícios físicos, reduz custos em saúde a longo prazo – prevenindo sequelas motoras e, consequentemente a comorbilidade nestas crianças. (King & Norton, 2017)

1.2 Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na Promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico

Segundo Nascimento, Carvalho & Iwabe (2012), as crianças que nascem prematuras apresentam frequentemente problemas cognitivos e comportamentais, nomeadamente, dificuldades de aprendizagem, défice de atenção, hiperatividade, atrasos e desvios da linguagem e alterações do desenvolvimento neuromotor. É necessário proporcionar cuidados que maximizem o desenvolvimento motor e neurológico e, reduzam eventuais problemas que possam surgir a longo prazo e por vezes apenas são perçetíveis na idade pré-escolar e escolar (Moreira, Magalhães, Alves, 2014).

Considerando que o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento nº 392/2019, p.13565), torna-se pertinente estudar as intervenções que o EEER pode desenvolver para promover o desenvolvimento infantil, através do posicionamento terapêutico. Estas incluem o ensinar, treinar e instruir os pais sobre o posicionamento terapêutico, considerando os seus benefícios, para que estes sejam parceiros no cuidar. Nesta fase da infância os pais têm um papel fulcral e devem participar ativamente no programa de reabilitação, “os objetivos centrais são a sensibilização destes adultos para a

responsabilidade na saúde do bebé, a curto, médio e longo prazo, e a divulgação dum conceito de promoção de saúde (...)” (Barros, 2003, p.176).

De forma a compreender a importância da intervenção do EEER na promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico realizámos uma revisão *scoping*, como foi referido no capítulo anterior, cujo protocolo pode ser consultado no Projeto de Estágio (Apêndice I). De seguida, iremos evidenciar as principais conclusões desta revisão de literatura.

De acordo com Sweeney e Gutierrez (2002) o sistema musculo-esquelético dos neonatos e das crianças, até a 1 ano de idade, tem uma grande plasticidade e capacidade de resposta ao posicionamento. A diferenciação das fibras musculares considera-se incompleta às 40 semanas de gestação, o que provoca um quadro de hipotonia nos recém-nascidos (RN) prematuros, que por esta razão vão beneficiar de posicionamento terapêutico que apoie as extremidades, a orientação à linha média, a flexão e o autoconsolo. Estes RN podem apresentar lordose cervical exagerada e hiperextensão da cervical, o que provoca estiramento muscular e diminuição da força muscular nos flexores do pescoço o que posteriormente vai dificultar a aquisição de competências da motricidade grosseira, como a capacidade de centrar a cabeça, visão no plano inferior e a coordenação motora para levar as mãos à linha média e à boca.

Os recém-nascidos prematuros, tendencialmente, apresentam achatamento da região occipital devido à utilização exclusiva da posição dorsal para dormir, a utilização por longos períodos de cadeiras de posicionamento (como espreguiçadeira) e à ausência de atividades de brincar em posição ventral. Os profissionais de saúde que exercem funções em neonatologia têm uma intervenção primordial, sendo essencial o ensino aos pais de algumas boas praticas, que favorecem o desenvolvimento saudável do sistema musculo-esquelético. Sendo o foco desse ensino a colocação da criança em posição ventral quando acordada e para brincar. Estas autoras referem que existem idades críticas para despiste de alterações musculo-esqueléticas e neuromotoras, que são: 2 meses, 4 meses, 8 meses, 12 meses e aos 18 meses, visto serem momentos cruciais de aquisição de habilidades motoras durante o desenvolvimento infantil.

O estudo realizado por Kegel, Peersman, Baetens, Dhooge & Van Waelvelde (2012) pretende compreender se a Alberta Infant Motor Scale é válida para

identificar alterações motoras, em populações de crianças que frequentem jardins de infância. Ao longo deste artigo referem uma associação positiva entre a colocação da criança em decúbito ventral enquanto está acordada e a brincar, com a aquisição de competências da motricidade grosseira, nomeadamente aos 4 e 6 meses, devido ao fortalecimento muscular do tronco, pescoço e membros superiores. Assim como, a importância de variar de posição de brincar, ao longo do dia, é essencial para o desenvolvimento de capacidades motoras e a aprendizagem de novos movimentos. “(...) variability in positioning is primordial for infants to expand their motor skills.” (Kegel, et al.,2012, p.261). Desta forma, recomenda-se informar, orientar e treinar as famílias sobre a importância do decúbito dorsal nos lactentes para dormir. Mas concomitantemente, ensinar sobre a importância de colocar os lactentes em decúbito ventral quando estão acordados e proporcionar momentos de brincar neste decúbito.

Joseph (2015) efetuou uma revisão sistemática da literatura, onde o foco são os cuidados de enfermagem ao recém-nascido e lactente internado, que necessita de ventilação mecânica prolongada. Embora o artigo não se centre no posicionamento, este é referido como um dos fatores que pode otimizar a ventilação. Desta forma, posicionar a cabeça à linha média e em decúbito ventral, promove a expansão torácica e melhora a ventilação.

Heiberger (2014) realizou uma revisão de literatura onde compara a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, anti-refluxogastroesifágico, em lactentes. De referir, que o refluxo gastroesofágico pode influenciar negativamente o desenvolvimento infantil, com perda de peso, esofagite e consequentemente desconforto e irritabilidade na criança. Assim, as primeiras medidas a tomar devem ser as não farmacológicas, que incluem o posicionamento em decúbito ventral e cabeceira elevada.

Considerando que os objetivos do posicionamento terapêutico visam promover o desenvolvimento motor e, a prevenção de sequelas no sistema musculoesquelético das crianças, podemos afirmar que esta intervenção se enquadra no quadro de competências do EEER, pois este concebe, implementa e avalia planos de cuidados com vista à “qualidade de vida, a reintegração e à participação na sociedade” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13566).

2. TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

A teoria do Conforto é considerada como uma teoria de enfermagem de médio alcance. Esta teoria refere que os cuidados de saúde existem para dar resposta às necessidades de conforto, que surgem em consequência de uma situação que provoque tensão e às quais o indivíduo não consegue dar resposta através dos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades são do foro físico, psicológico, espiritual, social e ambientais. (Kolcaba, 2003).

Desta forma, Kolcaba define conforto como uma experiência holística, através do qual o indivíduo que é confortado fica fortalecido pela satisfação das suas necessidades.

Segundo a autora os cuidados são organizados numa estrutura taxonómica bidimensional. Para a primeira dimensão corresponde os três tipos de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência. A segunda dimensão corresponde aos contextos onde existem necessidades de conforto: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental.

Os 3 tipos de conforto são: **Alívio**, que é a satisfação de uma necessidade específica; **Tranquilidade**, que é definido como um estado de calma e contentamento; **Transcendência**, que consiste na capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas.

Considerando estas 3 dimensões do conforto, este é perspectivado como um processo de cuidar, mas também como um objetivo para prevenir a instalação de complicações e favorecer um crescimento e desenvolvimento psicomotor.

Desta forma, os objetivos do posicionamento terapêutico, que visam o conforto e um adequado desenvolvimento neuromotor da criança, prevenindo complicações futuras que a impeçam de adquirir competências motoras essenciais ao seu crescimento e socialização, pode-se considerar que é um cuidado complexo e com múltiplos benefícios. Logo, existe uma ligação entre os diferentes objetivos do posicionamento terapêutico e os 3 tipos de conforto descritos anteriormente.

Assim, no que diz respeito ao alívio, evita atrofias musculares, alivia a dor e promove o conforto (Baixinho & Ferreira, 2016). Relativamente à tranquilidade pode-se referir que favorece o sono e o repouso (Baixinho & Ferreira, 2016) e promove a regulação do estado neurocomportamental e autorregulação (Sousa, Dias, Pedro,

Artilheiro & Curado, 2016). Finalmente no plano da transcendência em que as intervenções de enfermagem podem ter como foco melhorar o ambiente, de forma a fortalecer a criança para que esta no futuro se adapte às suas limitações, o posicionamento terapêutico mantém o alinhamento corporal, promove a estimulação visual e aumenta a percepção de espaço (Baixinho & Ferreira, 2016), como também facilita a participação do RN nas experiências sensório-motoras (Unidade de Reabilitação, HUF, 2015).

Kolcaba (2005) refere que para a aplicação da sua teoria visa essencialmente avaliar as necessidades da criança e família em qualquer contexto que se encontrem. A autora refere, que o contexto físico, diz respeito a necessidades de conforto relacionadas com alterações fisiológicas provocadas por doença ou procedimentos invasivos, que incluem necessidades físicas que a criança e a família podem não estar despertos, nem ter conhecimentos para as reconhecer.

Desta forma, considerando a população a quem se aplica o posicionamento terapêutico, poderá considerar-se que iremos encontrar necessidades no contexto físico, devido às alterações do tônus muscular inerente à prematuridade e que podem originar alterações do desenvolvimento.

Assim como, também, encontraremos necessidades ambientais, visto que os prematuros viveram uma alteração inesperada do seu meio ambiente (de intrauterino para extrauterino). Para promover o conforto neste contexto, Kolcaba (2005) refere que o objetivo é proporcionar um ambiente promotor de saúde, ou seja a intervenção do enfermeiro deve promover o desenvolvimento infantil, nomeadamente através do posicionamento terapêutico.

3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo deste capítulo realizamos a descrição e análise das atividades desenvolvidas, com base nos conhecimentos na área de enfermagem de reabilitação adquiridos, que permitiram atingir os objetivos delineados e referidos anteriormente. Desta forma, o capítulo que se segue está organizado de acordo com as competências específicas do EEER e comuns do EE.

3.1 Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação

Iremos agora descrever e analisar as atividades que realizámos, de modo a atingirmos os objetivos que permitiram dar resposta ao objetivo “Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidade especiais, decorrentes de alterações motoras, sensitivas e respiratórias, ao longo do ciclo de vida, promovendo o conforto”.

3.1.1 Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados

Cuidar exige inúmeras competências e aptidões que permitem obter um conhecimento aprofundado da pessoa, a sua identidade pessoal, familiar, ambiental e o seu estado de saúde (Petit, 2004).

Segundo Santos (2016) citando Queiroz & Araújo (2009) o processo de reabilitação inicia-se com a colheita de dados inicial, a identificação da causa e gravidade das problemáticas encontradas e estabelecimento de objetivos, estas etapas são essenciais para o sucesso da reabilitação.

De forma a estabelecermos uma parceria de cuidados durante as nossas intervenções, é necessário planearmos os cuidados de acordo com um modelo conceptual, que nos permita compreender como é que a pessoa percebe a saúde

e a doença e como interage com o ambiente que a rodeia. Para obtermos esta compreensão da pessoa precisamos de realizar uma avaliação inicial aprofundada, pois, tal como refere Hoeman (2011), a avaliação é um elemento crucial do processo de enfermagem, visto que é a base do planeamento, permite estabelecer prioridades e posterior avaliação da eficácia dos cuidados, devendo conter os aspetos físicos, cognitivos, sociais, emocionais, culturais e espirituais.

Ao longo do ensino clínico realizámos avaliações que se focaram na pessoa de forma holística, enquadrando a situação atual na sua história de vida, tendo em conta as suas expectativas e sua família no processo de reabilitação. Para isto, identificamos as necessidades de intervenção de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba. Durante estas avaliações tivemos em consideração o conforto (luz, temperatura, posicionamento adequado, sem fatores de distração, ou suscetível de interrupções) e o respeito pela sua privacidade. O cuidador esteve presente em algumas destas avaliações, de acordo com a sua preferência ou capacidade desta de se expressar. Segundo Hesbeen (2003) a rede de suporte da pessoa inclui um grupo de atores não profissionais que são abrangidos pelo processo de reabilitação, o EEER deve considerar a família como parceira na prestação de cuidados e simultaneamente alvo desses cuidados.

Após a recolha de dados, foram identificadas as necessidades de conforto e qual o contexto em que estas se enquadravam (físico, psicoespiritual, social ou ambiental), para posteriormente delinear o plano de cuidados especializado. Os objetivos dos planos de cuidados foram validados em parceria com a pessoa/família. Durante esta avaliação considerámos o conceito de Funcionalidade, que segundo a DGS (2004) é um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Esta indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). Segundo Fontes, Fernandes e Botelho (2010) a avaliação da funcionalidade de um indivíduo é central ao planeamento e execução dos cuidados de reabilitação, produzindo orientações sobre componentes essenciais importantes para a vida independente. Assim, a avaliação funcional é incorporada nos planos de cuidados centrados no doente, permitindo individualizar os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Como complemento da informação adquirida através da avaliação da funcionalidade, foram consultados os processos de cada pessoa, nos quais se incluem os exames complementares de diagnóstico.

No ensino clínico que decorreu na ECCL, realizámos a avaliação inicial de cada pessoa nas primeiras 24h após ser referenciada para a RNCCI, esta avaliação incluía a identificação da pessoa, história de vida, história da doença atual, a antecedentes pessoais e avaliação neurológica, dos pares cranianos (se assim se justificasse), da motricidade, da sensibilidade, do equilíbrio, do grau de dispneia e avaliação da dor. Deste modo, recorremos à aplicação de diferentes escalas. A utilização dos instrumentos mencionados de seguida foi útil na avaliação inicial, mas também ao longo da nossa intervenção, para percebermos a evolução da pessoa, evidenciando os ganhos em saúde. Estes instrumentos devem “medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação, medir a eficácia do tratamento e documentar os benefícios das intervenções de reabilitação” (Kelly-Hayes, 2000, p.163).

Desta forma, avaliámos a força muscular através da escala Medical Research Council, para a avaliação do tônus muscular aplicámos a escala Modificada de Ashworth, na avaliação da coordenação motora recorremos à prova índice-nariz e prova calcanhar Joelho. Durante a aplicação destas escalas foi promovido um ambiente calmo e confortável, a pessoa foi posicionada de forma confortável e em posição de relaxamento.

Para avaliarmos o equilíbrio corporal aplicamos a escala de Equilíbrio de Berg à pessoa adulta em contexto comunitário. Para prestarmos cuidados a duas crianças de 5 anos portadoras de uma doença neuromuscular (não identificada) aplicámos a Escala de Berg Pediátrica. Este instrumento avalia o desempenho funcional em 14 itens da via diária. A pontuação máxima é de 56, cada aspeto avaliado possui cinco alternativas de resposta, que pode ser pontuado entre o 0 e os 4. A avaliação da execução da tarefa é baseada no tempo em que uma posição pode ser mantida, na distância em que o membro superior consegue alcançar à frente do corpo e no tempo para completar uma tarefa. Este teste tem a duração de cerca de 15 minutos (Fanjoine, Gunther&Taylor, 2003). A aplicação desta escala permitiu-nos compreender que estas crianças apresentavam alterações do equilíbrio, o que nos permitiu delinear intervenções específicas para o treino de equilíbrio, nomeadamente no levantar e sentar na cama. Na sequência desta avaliação partimos para a avaliação do risco de quedas em pediatria através da escala Humpty-Dumpty (Cadeira, 2012).

Para além desta escala, sentimos também necessidade de compreendermos melhor em que estágio do desenvolvimento infantil se encontravam estas crianças de forma a podermos adequar as nossas intervenções, para isso foi aplicada a escala de avaliação do Desenvolvimento Infantil Mary Sheridan. Esta escala serve como padrão de referência das competências adquiridas em cada idade, contribuindo para vigiar a saúde infantil e, ao mesmo tempo, motivar e encorajar os pais e educadores que convivem e observam a criança no seu contexto natural, a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento das crianças (DGS, 2013). A Escala do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, avalia os itens *Postura e Motricidade Global*, *Visão e Motricidade Fina*, *Audição e Linguagem* e *Comportamento e Adaptação Social*. Fazendo referência aos sinais de alarme em cada idade e recomendações sobre atividades promotoras do desenvolvimento. Através do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil é possível estabelecer um padrão de “normalidade”, podendo assim identificar alterações na criança que necessitem de intervenção. No entanto, é importante compreender que nem todas as crianças atingem todos os estádios de desenvolvimento com a mesma idade. Cada criança cresce e desenvolve-se ao seu ritmo, portanto cabe ao EEER em pediatria adequar a sua intervenção de acordo com o estágio de desenvolvimento da mesma, para que as suas intervenções possam ser adequadas e com objetivos realistas. A aplicação desta escala foi extremamente relevante para compreender de forma global as alterações do desenvolvimento infantil destas crianças, de forma a intervirmos juntos destas com brincadeiras adaptadas ao seu estágio. Foi também notória a importância de documentar no início do estágio as alterações encontradas para posteriormente avaliarmos os ganhos em saúde através das intervenções de reabilitação, sendo evidente a evolução na motricidade global.

Após avaliação das pessoas a quem prestámos cuidados, e em reflexão com a enfermeira orientadora, sentimos necessidade de avaliar a funcionalidade e, para isso recorremos à utilização da Escala de Medida de Independência Funcional, de forma a compreendermos o impacto da restrição da funcionalidade no quotidiano da pessoa. Os autores Scheuringer, Grill, Boldt & Stucki (2011), testaram a aplicabilidade desta escala em pessoas em fase de reabilitação com alterações neurológicas adquiridas, através da análise de dados da aplicação da MIF a 269 pessoas. A MIF avalia o desempenho da pessoa na realização de um conjunto de 18

atividades, que incluem dois domínios o motor e o cognitivo. Cada atividade é pontuada de acordo com o grau de dependência da pessoa entre 1 e 7 valores, sendo que o 7 corresponde à independência completa e, o 1 à dependência total.

Como exemplo, destacamos a nossa intervenção com a Srª D AM referenciada para a ECCL, com diagnóstico de doença de Parkinson, para realizar reabilitação com o objetivo de readquirir maior independência na realização das Atividades de Vida Diárias.

A Doença de Parkinson é uma doença degenerativa do sistema nervoso central onde ocorre a diminuição progressiva da substância negra nos núcleos da base, é incluída no grupo das doenças do movimento. É a segunda doença neurológica degenerativa com maior prevalência (Massano, 2011). As suas manifestações clínicas da doença de Parkinson são principalmente sintomas motores, tais como, tremores de repouso, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural. Mas também sintomas não motores como a depressão, e presença de alterações cognitivas e demência em estádios mais avançados da doença, dor, parestesias (Dias, Chien, Barbosa, 2011). Todas estas alterações físicas e cognitivas acarretam consequências negativas na realização das atividades de vida diárias (AVDs) (Organização Mundial de Saúde, 2013) tornando estes doentes progressivamente dependentes. As linhas orientadoras dos cuidados aos doentes com Parkinson, reconhecem como critério de qualidade a implementação de um programa de reabilitação especializado e multidisciplinar. Este programa deve ter especial enfoque nos problemas de mobilidade e transferências; alterações da marcha; instabilidade postural e dificuldades de equilíbrio; bloqueios na marcha; prevenção de quedas; fadiga e dor músculo-esquelética. Foi aplicada a escala Escala Mini Mental Statement Examination à Srª D AM para caracterização da atenção, memória, orientação e compreensão que são fatores que influenciam a capacidade de aprendizagem (Gatens & Musto, 2011), esta obteve um score 28, o que significa que não existia défice cognitivo. A aplicação desta escala permitiu-nos obter a avaliação do potencial de reabilitação desta utente, de modo a delinearmos um plano de intervenção mais individualizado. Em parceria com a mesma e com o seu marido, que era o seu cuidador, concebemos e implementámos intervenções, com o intuito de otimizar e reeducar a função motora, possibilitando melhorar a sua autonomia e independência na realização das AVD.

A utilização destes instrumentos de avaliação, permitiu-nos recolher dados pertinentes que fundamentam a tomada de decisão do EEER e, contribuem para uma visão holística da pessoa, considerando a sua singularidade. Através da recolha destes dados compreendemos os fatores de risco presentes e delineamos intervenções.

Relativamente ao serviço de internamento de pediatria, a avaliação de enfermagem à criança era realizada no momento da admissão no serviço, contendo todos os dados referidos anteriormente, assim como a escala de Avaliação de Risco de Queda em Pediatria – Humpty Dumpty. Esta informação era organizada de acordo com as atividades de vida, seguindo o referencial teórico de Nancy Roper. A escala Humpty Dumpty é constituída por 7 itens: idade, género, diagnóstico, deficiências cognitivas, fatores ambientais, consumo medicamentoso, reação cirúrgica, sedação e anestesia. Segundo a DGS (2015) refere no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 quantos mais fatores de risco uma pessoa tiver, maior é o risco de queda, alguns destes fatores de risco podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados, logo é de extrema importância a monitorização do risco de queda.

Durante o ensino clínico, implementámos técnicas de correção postural e exercícios de amplitude articular, de modo a prevenir e corrigir alterações musculoesqueléticas (Cordeiro & Menoita, 2012).

Delineamos e implementamos programas de manutenção da amplitude articular, de modo individualizado, neste sentido, realizámos mobilizações passivas nos segmentos corporais em que as pessoas que não tinham capacidade de realizar o movimento ativamente com o objetivo de evitar aderências e contraturas. Nas situações em que havia diminuição da mobilidade em algum segmento corporal, foram realizadas mobilizações ativas assistidas e, incentivámos a pessoa a iniciar o movimento respeitando o alinhamento corporal e a amplitude máxima adequada à sua situação clínica. Com estas intervenções pretendemos manter ou aumentar amplitude dos movimentos, manter a integridade das estruturas articulares, prevenir aderências, melhorar a circulação de retorno, conservar a flexibilidade e manter a autoimagem da pessoa (Hoeman et al, 2011; Menoita, 2012).

Implementámos também intervenções a nível da reeducação funcional respiratória em duas situações de pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, com o objetivo de reduzir o stress e a sobrecarga muscular, realizámos

ensinos, instrução e treino das posições de descanso e relaxamento, assim como consciencialização e controlo da respiração (Cordeiro & Menoita, 2014).

No que diz respeito ao treino da AVD alimentação, avaliámos pessoas com alterações na alimentação, nomeadamente na deglutição, assim como o compromisso da alimentação associada a lesões cerebrais em consequência de encefalopatia hipóxico-isquémica, pelo que implementámos planos de reeducação alimentar, que incluíram a realização de ensino e treino aos pais sobre a administração de alimentação e prevenção de episódios de engasgamento. O treino aos pais teve como objetivo a realização desta atividade de forma independente. Pois de acordo com Mendes & Martins (2012), a criança não é independente, pelas suas características incontornáveis associadas ao seu desenvolvimento, estando inserida numa família que é a responsável primária pelo cuidado a esta, desta forma quando uma criança é hospitalizada o alvo dos cuidados é o binómio criança/família. Com esta intervenção, pretendemos o envolvimento efetivo dos pais no cuidado ao seu filho. Exercendo a filosofia de Cuidados Centrados na Família, que defende que a criança, os pais e os enfermeiros em parceria, devem desenvolver um processo dinâmico onde existe participação ativa, acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns e respeito pela tomada de decisão dos pais (Mendes & Martins, 2012).

Para realizarmos esta intervenção foi necessário proceder à articulação com a dietista, de modo a personalizar a dieta às necessidades da criança e, ir ao encontro das suas preferências, de forma a obtermos mais sucesso no treino alimentar.

Com o objetivo de promover a continência vesical e, consequentemente, o conforto e a participação social numa adolescente com bexiga neurogénica reflexa, em que era necessária cateterização intermitente para esvaziamento vesical, foram implementadas várias intervenções. Nomeadamente, foi planeada eliminação urinária 4h/4h, de acordo com as atividades que esta criança realizava no CR; realizado ensino sobre a monitorização pela própria de ingestão e eliminação de líquidos, através do registo em folha individual de balanço hídrico. Planeámos a ingestão de líquidos em parceria com a adolescente, realizando ensino sobre a ingestão destes fracionada ao longo do dia e redução da ingestão ao final da tarde. Avaliámos e validámos os seus conhecimentos sobre técnica de autocateterização, de forma a prevenir infeções do trato urinário (Stevens, 2011) e constatámos que esta era independente na sua realização.

No contexto da ECCI verificámos que a maioria das pessoas que necessitavam de RFR era essencialmente por diagnóstico médico de DPOC, pelo que tivemos a oportunidade de planeamento de cuidados que incluíam exercícios respiratórios recorrendo à reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmático e costal, e técnicas de conservação de energia na realização das AVD (Alverzo & Ward, 2011).

Todo o relato anterior permitiu dar resposta aos objetivos que visam as unidades de competência:

J1.1 “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”;

J1.4 “Avalia os resultados das intervenções implementadas”.

3.1.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

A limitação da capacidade funcional compromete a independência e a qualidade de vida da pessoa, influenciando o seu bem-estar e conforto. De forma a minimizar estas consequências o EEER intervém com a pessoa, capacitando-a para a realização do seu projeto de vida, através da promoção da mobilidade, do ensino e treino da prática de exercício físico e autonomia na realização de AVD. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2015) estas intervenções vão permitir a reintegração do cliente na comunidade, promovem a acessibilidade e a participação social.

Durante o ensino clínico desenvolvemos intervenções de reabilitação que visavam a promoção da funcionalidade quer na criança, quer no adulto idoso, nomeadamente através do treino de AVD's e treino de marcha. A limitação da funcionalidade compromete a independência e o futuro da pessoa, está diretamente associada à sensação de conforto e à qualidade de vida, influenciando a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária (DGS, 2017b).

Segundo Couto (2012) “o conceito de independência, aparece como forma de tentar medir o grau de dificuldade que uma pessoa tem em realizar as atividades quotidianas” (p.43). Poderá então dizer-se que, independência funcional está relacionada com a capacidade que uma pessoa tem para realizar as suas atividades de vida diária, sozinha ou com produtos de apoio.

É importante referir que a independência na realização das Atividades de Vida Diária é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária em que a pessoa se encontre, se esta estiver a viver uma situação de dependência, a dinâmica familiar pode alterar-se, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa e dos seus familiares.

No âmbito do treino das atividades de vida diária, procurámos guiar a nossa ação segundo três eixos de referência, ter em consideração os hábitos pessoais; definir em conjunto com a pessoa as estratégias facilitadoras para a execução de cada tarefa e por último, estimular a participação, com reforço positivo.

No âmbito da AVD cuidados de higiene, vestir e despir, destacamos a intervenção junto da adolescente RM, com Lesão Vascular Medular nível L1 no CR.

Considerando as necessidades de conforto no contexto físico, tivemos a oportunidade de promover a sua participação na higiene da metade superior do corpo e parcialmente da metade inferior, explicámos alguns cuidados a ter para garantir a segurança e, estratégias na orientação e disposição da roupa, bem como a utilidade de utilizar velcros e elásticos no vestuário e no calçado, de forma a torná-lo mais fácil de vestir/calçar e despir/descalçar. Através destes ensinamentos, obtivemos uma maior independência da RM nestas AVD's de forma a permitir uma adaptação à sua condição física e, promovemos a sua reintegração e participação social, algo que consequentemente favorece um aumento da autoestima da adolescente. Indo ao encontro da competência J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (Regulamento 392/2019, 2019).

Segundo Correio, Ferreira, Ermida, Peixoto, Teixeira, Vaz, Albuquerque & Caldas (2017) após uma lesão vascular medular a existência de um plano integrado reabilitação demonstra uma boa evolução clínica e funcional, em que mais de 50% dos doentes readquirem a marcha (com e sem auxiliares) e cerca de 30% apresenta controlo da micção.

De modo a fortalecermos a musculatura da cintura pélvica e dos membros inferiores da RM, para posteriormente iniciarmos o treino de equilíbrio e treino de marcha, desenvolvemos exercícios isométricos do quadríceps e glúteos, segundo Hoeman (2011) os exercícios isométricos têm como objetivo o fortalecimento muscular. Para além destes exercícios realizámos mobilizações ativas resistidas dos

membros inferiores (coxo-femoral, joelho, tibio-társica) e membros superiores e, mobilizações ativas. Posteriormente, desenvolvemos o treino de equilíbrio em pé estático com apoio na barra da cama, estático em frente ao espelho para facilitar as correções posturais e, treino unipodal. Visto que o equilíbrio é uma capacidade que envolve várias estruturas, incluindo o sistema nervoso central, ossos, articulações, músculos e órgãos dos sentidos, é essencial para podermos posteriormente avançar para o treino de marcha de forma segura (Orsini, 2012). Os exercícios isométricos descritos anteriores, de acordo com Hoeman et al (2011), são uma intervenção importante para pessoas com mobilidade comprometida, desta forma

O plano pode incluir exercícios isométricos e terapêuticos que se destinam a preparar os músculos utilizados na marcha, praticar a manutenção do equilíbrio sentado e em pé, conseguir capacidade para ficar em pé passivamente com equipamento adaptativo e seleccionar esse equipamento e os dispositivos auxiliares que se utilizam para adquirir as técnicas de treino. (Hoeman et al, p.279, 2011)

O treino de marcha foi também uma componente desenvolvida, sob apoio unilateral ou com auxiliares de marcha – andarilho e canadiana - com talas de barbas (por não haver total controlo da flexão e extensão do joelho) e foot-ups (para realizar dorsiflexão). No caso particular da RM realizámos treino de marcha, com a componente de treino de reeducação ao esforço, introduzindo-se períodos de repouso nos percursos. Como complemento foram realizados ensinamentos à RM e à sua mãe sobre cuidados à pele e vigilância de eventuais lesões, bem como sobre a correcta colocação dos produtos de apoio à marcha.

Durante a execução dos exercícios de reeducação funcional motora, a RM compreendia os exercícios que lhe eram explicados e colaborava na execução destes, embora por vezes demonstrasse alguma renitência na execução dos exercícios. Tal facto poderá ser explicado baseado em Hockenberry&Wilson (2014) que refere que “O jovem com um distúrbio recentemente adquirido terá a tarefa adicional de sofrer por uma “perfeição” perdida, enquanto se ajusta às mudanças que ocorrem (...)”. Respeitando os sentimentos da RM estabelecemos um plano de cuidados em parceria com a adolescente, incentivando à realização dos exercícios e promovendo a participação ativa. Desta forma, delineamos a realização de atividades que esta apreciava após os exercícios de reabilitação (por exemplo passear no jardim, jogar playstation), de forma a que esta se sentisse motivada no seu processo de reabilitação.

Decorrente deste conjunto de intervenções, resultaram ganhos em saúde para a jovem uma vez que no início do plano de reabilitação esta apenas se deslocava

em cadeira de rodas e, no final das 7 semanas em que tivemos oportunidade de prestar cuidados à RM, esta conseguia realizar marcha durante cerca de 300 metros com apoio de canadianas e talas de barbas. Podemos afirmar que, de acordo com Kolcaba (2004) alcançamos uma melhoria no nível de conforto desta adolescente, atingindo o estado de transcendência, que se refere à condição em que o doente supera o seu sofrimento através da intervenção de enfermagem, visto que um dos objetivos verbalizados era a possibilidade de se deslocar, mesmo que por curtos períodos, sem a cadeira de rodas. Este nível de conforto está relacionado com o contexto físico, uma vez que se verificou uma evolução positiva da condição física, assim como no contexto psico-espiritual, sendo notória a melhoria da autoestima da RM, verbalizada pela própria.

Relativamente à Sr^aD.AM (com diagnóstico de doença de Parkinson), podemos identificar a necessidade de conforto a nível de alívio, no contexto físico, nomeadamente devido ao equilíbrio corporal comprometido e força muscular diminuída. Para atingir este nível de conforto foram necessárias intervenções do enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação, como treino de equilíbrio, fortalecimento muscular dos membros inferiores e superiores, ensino sobre posicionamento terapêutico. A intervenção do posicionamento terapêutico a esta utente, uma vez que a mobilidade se encontra alterada, segundo Hoeman et al (2011), é “essencial para prevenir complicações” (p. 232). O posicionamento terapêutico foi realizado mantendo o alinhamento corporal da pessoa e, promovendo a alternância de decúbito (Hoeman et al, 2011). Para além destas intervenções foi construída uma superfície de trabalho de modo a otimizar o posicionamento da Sr.^aD.AM na cadeira de rodas, com o objetivo de manter o alinhamento corporal. Esta intervenção visava também promover a realização diária da leitura do jornal, por ser esta uma atividade que gostava, permitindo assim maximizar as suas capacidades cognitivas, alteradas em função do seu diagnóstico, individualizando o processo de reabilitação, uma vez que segundo Varanda & Rodrigues (2017) é fundamental respeitar a individualidade da pessoa, integrando tarefas do dia a dia, para que haja motivação para uma participação ativa.

Relativamente ao contexto sociocultural, foi identificado défice de conhecimento do prestador de cuidados para um posicionamento correto na cama. Segundo Lourenço & Moreno (2016) a não manutenção dos princípios de um posicionamento correto acarreta consigo: risco de úlceras por pressão, dor e

desconforto, alterações do sistema musculoesquelético e respiratórias e infere na funcionalidade do ser humano. Neste sentido, foram realizados ensino e treino do cuidador, para realizar ajuda parcial no posicionamento correto na cama, respeitando os seus princípios e, desta forma proporcionar conforto à Sr^aD.AM. É possível afirmar o desenvolvimento da competência de EEER J.2.1.1 (OE, 2019) no que concerne a “Ensinar a pessoa e/ou cuidador, técnicas específicas de autocuidado”, maximizando a autonomia e qualidade de vida.

No que diz respeito à competência J2.2.4. do EEER (OE, 2019) sobre a orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas, podemos identificar uma necessidade de conforto no contexto ambiental, visto que apresenta mobilidade reduzida em cadeira de rodas dentro de casa, relacionada com os vários objetos que se encontravam no corredor da mesma. Para dar resposta a este problema, foi realizado ensino ao marido da Sr^aD AM para reorganizar os objetos da casa, com sucesso, melhorando o conhecimento sobre adaptação do domicílio para mover-se em cadeira de rodas (OE, 2015), promovendo a mobilidade. Desta forma foi possível tornar o espaço físico mais confortável e adaptado à circulação em CR, permitindo que a pessoa se deslocasse com maior frequência nas diferentes divisões da casa, usufruindo das mesmas.

A avaliação do ambiente permitiu determinar quais os fatores que limitavam a funcionalidade da Sr.^aD AM, permitindo-nos intervir de forma a minimizar o seu impacto. Esta intervenção vai ao encontro das indicações de promoção de ambientes capacitadores incluídas na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (Direção-Geral da Saúde, 2017), nomeadamente “(...) criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e da participação das pessoas idosas na sociedade e nos processos de decisão que afetam a sua vida.” (p.20).

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências na área da reeducação funcional respiratória, foram prestados cuidados as pessoas com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, as nossas intervenções consistiram na otimização da medicação inalatória, realizámos ensino, instrução e treino sobre posições de descanso e relaxamento, técnicas de conservação de energia durante a realização das AVD, assim como a consciencialização e controlo da respiração, dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-

diafragmática, expansão torácica, com recrutamento dos músculos costais globais e técnica de expiração lenta prolongada.

Nalgumas situações a atuação do EEER tem como objetivo a manutenção das capacidades funcionais e a prevenção de complicações, como é o caso da criança alvo dos nossos cuidados na ECCL. A M.D. é uma criança com o diagnóstico de Doença Neuromuscular (ainda em estudo), a quem tivemos a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação. Neste contexto, foi realizado um estudo de caso que foi apresentado e discutido em sala de aula (Apêndice III).

Segundo a Royal College of Nursing (2018), as doenças neuromusculares (DNM) afetam a unidade motora, podendo comprometer os neurônios do corno anterior da medula, as raízes nervosas e os nervos periféricos, a junção neuromuscular ou o músculo. Podem ser de origem genética ou adquirida. Na infância predominam as de origem genética, as DNM afetam vários sistemas do corpo humano, como o respiratório, cardíaco e digestivo. Devido ao défice de força muscular, estas patologias acarretam, consequências motoras como dificuldades na marcha, alterações de equilíbrio e prevalência de quedas. A nível respiratório, é comum estes doentes desenvolverem um quadro de doença restritiva que não envolve o parênquima pulmonar. Na presença de sintomas de hipoventilação por diminuição da força dos músculos respiratórios, está indicado a prescrição de Ventilação Não Invasiva (VNI), para realizar no domicílio (DGS, 2015). De modo a melhorar a ventilação foi realizada reeducação funcional respiratória, nomeadamente relaxamento e consciencialização da respiração com uso de brinquedos (cheirar uma flor e soprar um moinho de vento); expiração lenta prolongada, através da brincadeira suprar o moinho de vento; reeducação costal global com mobilização ativa dos membros superiores (flexão 10xs e Abdução 10xs) segurando um brinquedo.

A pessoa com condição crónica como é o caso da DNM deverá ser incentivada e ensinada a gerir a sua condição, promovendo o conforto, a autonomia e o autocuidado. Neste sentido, foi elaborado um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação cujos objetivos se centraram em otimizar a função respiratória e corrigir defeitos ventilatórios, prevenindo complicações. A avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação resultou nas seguintes intervenções: limpeza das vias aéreas através da realização de técnica

de expiração forçada, drenagem postural combinada com percussão e na final instilação nasal, vigilância da respiração e características da expetoração, otimização da ventilação através da técnica de posicionamento (Cordeiro & Leite, 2012).

A utilização do brincar terapêutico foi de extrema importância por se tratar de uma criança com 5 anos. Assim, para a realização da técnica de expiração forçada associou-se um espelho em que na fase expiratória quando a criança realizava o “HUFF” este ficava embaciado, as canções e lengalengas eram uma constante durante a realização dos exercícios de reeducação costal global, na técnica da expiração prolongada foi-lhe oferecido um moinho de vento e a M.D. foi incentivada a soprar, durante a realização das manobras acessórias com ênfase nas percussões, era proposto brincar ao “Índio”, pedindo à criança para fazer o som “aaaa”, enquanto se realizava a técnica.

De forma ao promovermos o desenvolvimento psicomotor, no final dos exercícios incentivávamos a M.D. a calçar os seus sapatos, e a fechar o velcro ou atar os atacadores e a lavar as mãos autonomamente, visto que esta visita domiciliaria acontecia antes da hora de almoço. Desta forma, tal como referem Tecklin (2006) e Florence (2002), através do incentivo da participação nas atividades referidas anteriormente, realizámos o treino de AVD e, simultaneamente, o desenvolvimento da motricidade fina.

M.D. residia numa Instituição Particular de Solidariedade Social, assim neste plano de intervenção foi necessário incluir a funcionária desta instituição que era a principal cuidadora., não só para a colheita de dados para delinear o plano de cuidados, como também na otimização das nossas intervenções, realizando ensinamentos sobre prevenção de infeções respiratórias e sobre aspiração de secreções, caso fosse necessário durante o período da noite. Ensinámos também a cuidadora. sobre a importância da brincadeira com legos, para o treino da motricidade fina (Tecklin, 2006) e a promoção da execução das atividades de vida diárias pela própria. (vestir/despir, lavar as mãos e os dentes, pegar nos talheres e alimentar-se), maximizando a autonomia e a qualidade de vida (OE, 2019).

Ao longo do ensino clínico, para a operacionalização dos cuidados salvaguardamos o envolvimento da pessoa e seu cuidador/familiar, demonstrámos empatia, capacidade para lidar com as diferentes crenças e valores, colaborámos

na tomada de decisão e na satisfação das necessidades. Como resultado desta forma de cuidar, conseguimos estabelecer um plano de intervenção baseado na decisão partilhada com a pessoa e família, aumentando consequentemente a satisfação com os cuidados prestados.

No ensino clínico em contexto da ECCI devemos referir que a adaptação aos recursos disponíveis esteve bastante presente, já que o objetivo é ajudar a pessoa a adaptar-se da melhor forma ao seu ambiente, e como tal, é esperado que se utilize os recursos que tem no seu quotidiano. Aqui a criatividade assumia um lugar preponderante, que tivemos a necessidade de aperfeiçoar, uma garrafa servia tanto de peso (introduzir resistência nas mobilizações), como podia ser utilizada em conjunto com uma palhinha, como espirómetro de incentivo; um chapéu de chuva servia como bastão na reeducação costal global; um móvel de sala ou cadeira servia como barra de apoio nos exercícios de treino de equilíbrio e os degraus da escada, como treino de fortalecimento da musculatura dos membros inferiores e reeducação ao esforço.

Todo o exposto anteriormente, permite afirmar o alcance dos objetivos que visam as unidades de competência:

J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;

J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, e da sexualidade.

3.1.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A funcionalidade segundo a Organização Mundial de Saúde (DGS, 2004), reporta-se às funções e estruturas do corpo, atividades e participação, correspondendo aos aspetos positivos da interação entre a pessoa (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais). O EEER, possuidor de um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, é o profissional que dentro da equipa de saúde multidisciplinar, pode intervir de forma privilegiada, uma vez que de acordo com a competência J3 “Interage com a pessoa no sentido de desenvolver

atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (OE, 2019).

O regulamento de competências específicas do EEER menciona um conjunto de premissas que permite conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados especializados e individualizados, para pessoas com problemas potenciais ou reais. Logo, o EEER tem competência e autonomia para formular diagnósticos de enfermagem de reabilitação, implementar intervenções e avaliar os seus resultados a fim de maximizar a funcionalidade da pessoa. Para isso, direciona a sua atenção para o desenvolvimento da capacidade da mesma, orientando para os recursos disponíveis, tanto no seio familiar como na comunidade. Importa que se proceda à monitorização das intervenções de enfermagem de reabilitação, num processo contínuo. Este aspeto particular da intervenção, foi notório particularmente em contexto hospitalar, uma vez que os internamentos acontecem em fase aguda das lesões, sendo por vezes a evolução clínica mais visível. O exposto, permitiu-nos o desenvolvimento de competências de avaliação do processo de reabilitação, enquanto EEER, monitorizando os ganhos em saúde da pessoa (OE, 2019).

Considerando então o contexto de internamento de pediatria, em que a família é o meio primário para o desenvolvimento da criança e, tendo como pressuposto que o utente pediátrico apresenta sempre algum grau de dependência, que varia de acordo com o seu estágio de desenvolvimento (Mendes & Martins, 2012), o enfermeiro de reabilitação deve englobar a família no seu programa de intervenção. É necessário estabelecer uma relação de confiança através do envolvimento dos pais na tomada de decisão, na sua capacitação para cuidar em parceria (Mendes & Martins, 2012). Por sua vez, os Cuidados Centrados na Família assentam em princípios como o respeito e dignidade pelas crenças e perspetivas familiares que devem ser incluídas nos cuidados, na partilha de informação, na participação e na colaboração da criança e família em todo o processo desde o planeamento, à execução, à avaliação de resultados e reestruturação (Conway, Johnson, Edgman-Levitan, Schlucter, Ford, Sodomka & Simmons, 2008; Institute for American Academy of Pediatrics, 2012).

Um aspeto particular na intervenção realizada por nós e que dá visibilidade a esta filosofia de cuidados, é o que se relaciona com a preparação para a alta. A DGS (2004) preconiza, que durante o planeamento da alta seja realizada uma avaliação

das necessidades físicas e psicossociais da pessoa e do cuidador/família. No contexto do CR esta avaliação decorria durante a reunião multidisciplinar e, quando era necessária uma avaliação mais detalhada das necessidades físicas (produtos de apoio, barreiras arquitetónicas, entre outras) era realizada uma visita ao domicílio pelo EEER. Para que seja possível maximizar os ganhos em saúde atingidos durante o internamento no CR e para que aconteça uma transição o mais tranquila possível no momento da alta e da transição do meio hospitalar para a comunidade.

Para facilitar a reintegração no domicílio das crianças internadas no CR, estas são incentivadas a passar o fim-de-semana em casa, logo que a família demonstre vontade e, segurança na execução das técnicas ensinadas. Esta experiência proporciona à criança e sua família contacto com as barreiras arquitetónicas do ambiente que os rodeia e, a perceção da importância dos produtos e serviços de apoio. Assim como, permite-lhes tomar consciência das suas dúvidas e inseguranças. Desta forma, após o fim de semana, incentivava -se, num momento calmo e com privacidade, que os pais verbalizassem as suas dúvidas nos cuidados ao seu filho, os seus receios e os seus sentimentos permitindo que, de acordo com a competência J3.1.2 se ensinasse, instruisse e treinasse sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho (OE, 2019). Segundo Kolcaba (2005) promover o conforto fortalece o individuo que recebe este cuidado, promovendo no mesmo, **comportamentos de procura de saúde** que são atividades necessárias para atingir a saúde e para se manter saudável. Desta forma, o EEER deve facilitar e promover um ambiente favorável à recuperação e reabilitação, envolvendo os pais nos cuidados, de forma capacitá-los com conhecimentos que lhes permitam cuidar do seu filho com necessidade de saúde especiais.

De acordo com Cordeiro&Leite (2012), o funcionamento do aparelho locomotor é determinante para a função respiratória, algo que é particularmente evidente em crianças com sequelas físicas sejam elas de condições congénitas ou adquiridas, pelo que o posicionamento terapêutico, as técnicas de correção postural, os exercícios de mobilização osteo-articulares e fortalecimento muscular são fundamentais para prevenir deformidades físicas, mas também a falência respiratória. Desta forma destacamos as nossas intervenções de fortalecimento muscular e posicionamento terapêutico com a criança M.D. e com os recém-nascidos a quem prestámos cuidados no serviço de Neonatologia. Segundo Moyer-Mileur, Brunstetter, McNaught, Gill, & Chan (2000) quando se estabelece um

programa de atividade física diário em recém-nascidos prematuros, verificam-se benefícios no aumento da densidade óssea e aumento ponderal, e consequentemente diminuição do risco de sequelas. Em Neonatologia, tal como em outras áreas de intervenção, o EEER pelo conhecimento e competências especializadas, pode intervir promovendo o neurodesenvolvimento do recém-nascido prematuro. Para tal deve compreender que os estímulos ambientais podem ser nocivos para estas crianças aumentando o risco de sequelas (como por exemplo, atraso no desenvolvimento motor, défice de atenção) e, reconhecendo os comportamentos de stress demonstrados pelo recém-nascido (Souto, 2016). Ao executar o posicionamento terapêutico e otimizar a função motora dos recém-nascidos prematuros, o EEER promove o desenvolvimento neurocomportamental e intervém de modo a maximizar as funções motoras e respiratórias do recém-nascido, promovendo o seu potencial funcional. A intervenção do EEER em neonatologia promove os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2015) e das Competências Específicas (2019), nomeadamente através da **promoção da saúde**, onde é referido que o EEER é responsável pela conceção e desenvolvimento de planos e programas que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal e, **prevenção de complicações**, através da identificação, tão rápida quanto possível, dos riscos de alteração da funcionalidade e de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades, e prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação com vista à redução do risco de alteração da funcionalidade, nomeadamente, ao nível motor, cardiorrespiratório e da alimentação.

No contexto comunitário e do utente idoso verificámos a necessidade do cuidador/família serem abordados, também eles próprios, como alvo dos nossos cuidados. Esta realidade foi mais evidente quando verificámos que a maioria dos cuidadores eram idosos e não usufruíam de estruturas de suporte que dessem resposta a suas necessidades. Nestes casos foram realizadas mais visitas domiciliárias do que as previstas inicialmente, com o objetivo de reforçar e validar ensinamentos, prestar apoio emocional à pessoa e familiar. Segundo Gatens & Musto (2011) devem ser aconselhados comportamentos de bem-estar ao cuidador, com o intuito de promover a saúde física e emocional.

De acordo com a OE (2012), a utilização de evidência para fundamentar as ações, é uma forma crítica e viável de otimizar as intervenções do enfermeiro e, nomeadamente do EEER. Exposto isto, os conhecimentos adquiridos na pesquisa bibliográfica, em função das necessidades identificadas nos diferentes contextos de estágio, foram essenciais para uma prática baseada na evidência, favorecendo a decisão clínica com base na nossa experiência, na reflexão conjunta com os enfermeiros orientadores, dos cuidados e das necessidades das pessoas, bem como das preferências das mesmas, envolvendo sempre o doente e sua família na tomada de decisão.

O exposto, possibilita afirmar o alcance dos objetivos que visam as unidades de competência:

J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;

J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

3.2 Competências comuns do enfermeiro especialista

De seguida iremos descrever e analisar as atividades que realizámos de forma a concretizar o objetivo “Desenvolver competências no domínio da gestão e supervisão, promovendo a qualidade de cuidados, como enfermeiro Especialista”.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019), todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, partilham de um conjunto de competências que são aplicáveis a todos os contextos da prática de cuidados e que se relacionam com os clientes, a melhoria da qualidade dos cuidados e com os pares.

3.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De forma a desenvolver competências no domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, delineamos como objetivos específicos:

Demonstrar uma tomada decisão ética na prática especializada de enfermagem de reabilitação, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;

Gerir as práticas que podem comprometer a segurança, privacidade ou dignidade da pessoa.

Neste contexto, compreende-se que a tomada de decisão ética baseia-se em normas deontológicas, que consistem num conjunto de princípios e deveres que regem o exercício da profissão de enfermagem e, que se baseiam na dignidade profissional e na busca da excelência da profissão e na qualidade dos cuidados, como forma de garantir os direitos de quem se cuida (OE, 2015).

Assim procurámos durante os estágios prestar cuidados com base no respeito pela pessoa e sua família, compreendendo-a como um ser único, detentor de autonomia e capacidade para participar no seu processo de reabilitação. Respeitou-se a sua autodeterminação, valores, costumes e crenças, promovendo o acesso à informação e a confidencialidade dentro equipa de saúde. Ao delinear o plano de cuidados de reabilitação de cada utente e sua família, considerámos sempre a capacidade de cada pessoa para definir o seu projeto de saúde de forma informada, bem como a definição dos objetivos que pretende alcançar.

Considerando que, um dos campos de estágio foi um serviço de internamento de pediatria, reportamo-nos a uma das crianças cuidadas, o H.M., em que se identificou que, pela sua idade e défice cognitivo, não demonstrava capacidade de exercer a sua autonomia. Neste sentido, foi fundamental o envolvimento da família, que permitiu obter maior conhecimento sobre os costumes e hábitos da criança, de modo a que as intervenções implementadas fossem ao encontro das suas preferências, permitindo ainda a otimização das intervenções terapêuticas, através do uso dos brinquedos preferidos do H.M nas mesmas.

Relativamente ao estágio realizado na ECCI, de realçar os cuidados prestados à Sr^a D. R.F. que, em consequência do diagnóstico recente de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) apresentava frequentemente triste o que a impedia muitas vezes de sair de casa. Como forma de motivar esta senhora foi analisado com a mesma a forma de voltar a frequentar o café da sua rua, uma vez que referia ter saudades de realizar esta atividade, verbalizando não se sentir confiante para o fazer. Através de uma escuta ativa e, demonstrando empatia, no sentido de desenvolvermos uma relação de parceria nos cuidados, foi fulcral o conhecimento dos seus gostos e interesses valorizando-os, para assim obtermos a participação ativa da Sr^a D. R.F. no processo de reabilitação. Assim, na terceira semana de

cuidados à Srª D. R.F, esta referiu vontade de ir ao café, sendo essa a nossa atividade nesse dia.

De acordo com Gomes (2011) existem estratégias para a construção do Processo de Parceria de Cuidados de Enfermagem, que são: A reflexão, sobre si mesmo como cuidador e sobre a pessoa cuidada; A partilha da tomada de decisão sobre os cuidados a desenvolver; A promoção de autonomia através da capacitação do outro; A valorização do conhecimento que a pessoa tem sobre si mesma, a doença e os seus recursos; A negociação, uma vez que este processo assenta na partilha de tomada de decisão; A partilha de poder, uma vez que o enfermeiro não é detentor da decisão sobre o outro, que deve ser informado para ter o poder de decidir sobre si próprio. Na filosofia da parceria de cuidados, estabelecer uma relação de parceria exige olhar para o potencial da pessoa cuidada. Sendo o foco da nossa atuação o potencial da pessoa/família, tudo o que esta consegue realizar e, todos os recursos que podem ser mobilizados, e não, a sua doença ou incapacidade (Gomes, 2011).

Para a prestação de cuidados em parceria promovemos a tomada de decisão partilhada e a satisfação das necessidades, através de uma visão holística dos cuidados, considerando a pessoa no seu todo e desenvolvendo uma relação terapêutica com as pessoas cuidadas e suas famílias, em função das suas capacidades e necessidades identificadas.

Neste sentido, afirmam-se o alcance das competências comuns:

A1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2. Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

3.2.2 Domínio da melhoria da qualidade

Com o objetivo de desenvolver competências no domínio da melhoria da qualidade, delineámos como objetivo específico: Dinamizar programas de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nos serviços.

Para atingir este objetivo foi necessário aprofundar conhecimentos, para isso consultámos as normas dos serviços, protocolos e projetos desenvolvidos, assim como pesquisa bibliográfica na área da qualidade na prestação de cuidados, de acordo com as patologias das pessoas a quem prestámos cuidados e mais especificamente no contexto do posicionamento terapêutico em crianças até 1 ano de idade.

Desta forma, e no que concerne ao tema do posicionamento terapêutico no recém-nascido e lactente, foi proposto, no estágio desenvolvido na UCC, a realização de uma sessão de educação para a saúde (Apêndice V), no âmbito do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, com a temática o posicionamento do recém-nascido. Segundo a equipa responsável pelo projeto, este tema era abordado sumariamente no curso. Neste sentido, foi organizada uma sessão com recurso a um *powerpoint*, que foi apresentada num dos cursos a decorrer, tendo ficado posteriormente disponível na UCC, para uso futuro pela equipa. Nesta apresentação elaboramos como objetivos a alcançar, ensinar sobre as diferenças do posicionamento do recém-nascido, durante o sono e em período de atividade e, promover conhecimentos junto dos pais sobre o posicionamento no latente, que favorecem o desenvolvimento motor. Inicialmente apresentámo-nos, solicitando o mesmo aos utentes e expomos o tema e objetivos da sessão. De forma a dinamizar a sessão, ao longo da apresentação em *powerpoint*, promovemos a discussão e partilha de opiniões e conhecimentos prévios entre o grupo. Utilizámos linguagem simples e de fácil compreensão.

Concluímos com uma síntese dos principais assuntos discutidos e promovendo a interação com os casais, realizámos a avaliação da sessão através do *feedback* obtido. Considerando o descritivo da competência específica J3, que refere que o EEER *Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitirum melhor desempenho motore cardio-respiratório, potenciando o rendimento e desenvolvimento pessoal* (Regulamento 392/2019, 2019), podemos afirmar que esta sessão foi realizada com o objetivo de otimizar o conhecimento dos pais para que promovam o desenvolvimento das crianças nos seus primeiros meses de vida, enfatizando a importância do decúbito ventral durante o período de atividade da criança, de forma

a desenvolver a musculatura do tronco, pescoço e membros superiores (Kegel, et al., 2012; Sweeney & Gutierrez, 2002).

Para a realização desta atividade foi fundamental a utilização da evidência científica sobre o posicionamento terapêutico, pesquisada aquando da realização do projeto de estágio. Esta revisão de literatura permitiu construir a sessão de educação para a saúde de forma a capacitar os pais com conhecimentos sobre o correto posicionamento no berço assim como formas de estimular o desenvolvimento motor da criança nos primeiros meses de vida. Segundo Hockenberry & Wilson (2014) a família deve ser o foco nos cuidados à criança, devendo para isso ser respeitadas e consideradas as suas capacidades, diagnosticando necessidades de intervenção e prestando apoio, para uma colaboração efetiva, sendo essencial capacitá-la, empoderando a mesma. Remetendo para o que a Teoria de Kolcaba afirma (Kolcaba, 2005), e tendo esta como modelo orientador da intervenção no que concerne à reflexão e avaliação dos cuidados prestados, com vista à melhoria dos mesmos, podemos afirmar que: com a participação na formação a este grupo de pais, estamos a contribuir para a vivência da parentalidade num estado de Tranquilidade. Proporcionado um ambiente promotor de saúde, capacitando os pais com conhecimentos sobre como promoverem o desenvolvimento saudável do seu filho e, evitar comportamentos de risco. Segundo Kolcaba (2005), estamos a promover um estado de calma e empoderamento, perante esta transição de vida. O enfermeiro deve capacitar as famílias, de um modo individualizado e progressivo, consolidando conhecimentos prévios e promovendo o desenvolvimento de novas aptidões e competências, que deem resposta às suas necessidades como pais e consequentemente, às da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

No serviço de pediatria do CR, para desenvolver uma intervenção eficaz e baseada na evidência e, de forma a podermos contribuir para a melhoria dos cuidados, foram realizada pesquisa sobre escalas e instrumentos de avaliação da funcionalidade, nomeadamente a Gross Motor Function Classification System. Deste modo, para prestar cuidados à criança HM com o diagnóstico de encefalopatia hipóxico-isquémica foi realizada pesquisa sobre a patologia e a sua classificação. Esta patologia, é uma situação clínica grave, que resulta da existência de hipoperfusão cerebral, acidose e hipoxia, tendo como consequência a lesão do parênquima cerebral de forma irreversível. O resultado desta lesão e, as sequelas

neurológicas encontradas, dependem do tempo de asfixia, da área lesada e da revascularização precoce (Damian, Laudanna, Barril, Sanches, Borelli, Damiani, 2013). A paralisia cerebral (PC) é uma encefalopatia crónica, não evolutiva e na qual predominam os distúrbios da motricidade. Segundo Cohen citado por Santos (2014), o diagnóstico de paralisia cerebral deve ser aplicado para lesões que tenham ocorrido até aos 7 anos, sendo classificada pelo distúrbio do movimento, distribuição topográfica e função motora grosseira (Palisano, Bartlett, Galuppi, 2008). A abordagem mais comum da classificação da paralisia cerebral é, segundo a Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (2018), pelo distúrbio do movimento, sendo uma das escalas utilizada para a sua classificação a Gross Motor Function Classification System. Para a sua aplicação, é necessário observar os movimentos de sentar e levantar e, a existência marcha e que tipo de marcha. O GMFCS é um sistema de classificação baseado no movimento iniciado involuntariamente, com ênfase no sentar, nas transferências e na mobilidade. Está definido em cinco níveis que contemplam as limitações funcionais na vida diária e, a necessidade de dispositivos de apoio para a mobilidade e, na qualidade do movimento. Este sistema de classificação está dividido por grupos etários. Foi apresentada esta pesquisa ao enfermeiro orientador e, discutida a sua aplicabilidade/implementação no serviço, não só à criança HM como a outras crianças internadas com esta patologia, uma vez que uma avaliação mais objetiva permite uma identificação de necessidades de intervenção de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, no sentido de cuidar, capacitar e maximizar a criança, através do alcance de objetivos concretos. Desta forma, assumiu-se não só o compromisso pela aprendizagem, como se contribuiu para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação, no que concerne à avaliação da pessoa, identificando alterações suscetíveis de serem modificadas.

Tudo o exposto permitiu afirmar o alcance das competências comuns:

- B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

3.2.3 Domínio da gestão de cuidados

Para desenvolver competências neste domínio planeámos como objetivo específico: Desenvolver competências de gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem.

As competências de qualquer enfermeiro especialista e, nomeadamente do EEER, permitem a gestão de situações complexas de saúde, a intervenção ao longo do ciclo de vida, a procura contínua dos melhores resultados para a pessoa, o desenvolvimento de parcerias com a pessoa significativa e a comunidade durante o processo de reabilitação, bem como a coordenação de planos de cuidados multidisciplinares (Hoeman, 2011). Para que haja sucesso no processo de reabilitação é essencial a gestão de recursos humanos, a coordenação de cuidados e a articulação com outros profissionais de saúde e inter-instituições.

Para atingir o objetivo “Desenvolver competências de gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem”, realizámos a avaliação das necessidades da pessoa, colaborámos nas decisões da equipa multiprofissional e referenciámos para outros profissionais de saúde quando necessário. A execução destas intervenções permitiu-nos desenvolver competências de gestão de cuidados, avaliando continuamente os recursos existentes e as necessidades da pessoa e família, bem como a delegação de responsabilidades aos restantes elementos da equipa de enfermagem, de forma a atingirmos os objetivos dos planos de reabilitação.

Durante o estágio realizado no CR, tivemos a oportunidade de participar em duas reuniões multidisciplinares denominadas “Observações de Casos Clínicos”, onde se delineavam os objetivos de reabilitação. A equipa era composta pelo EEER, uma fisiatra, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma assistente social. Estas reuniões tinham como objetivo delinear um programa de reabilitação adequado e personalizado, em função da avaliação técnica de cada profissional, considerando os objetivos pessoais do utente e, coordenando a atuação de todos os profissionais. Com a participação nestas reuniões, demos a conhecer à restante equipa as intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas junto de quem prestávamos cuidados e, a evolução da autonomia dos pais nos cuidados aos seus filhos.

No ensino clínico que decorreu na ECCL, a fim de compreender a dinâmica de funcionamento da rede nacional de cuidados continuados integrados. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCL) têm como objetivo prestar cuidados a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias. Podemos constatar o esforço desta equipa para cumprir os objetivos da RNCCI, no entanto verificámos a escassez de recursos humanos e materiais que pouco favorecem o trabalho dos profissionais e, dificultam a resposta às necessidades de uma população envelhecida e com doenças crónicas. Assim, de forma a otimizar recursos, as duas enfermeiras EER realizavam uma avaliação inicial dos utentes admitidos nesta ECCL, atuando junto destes como gestor de caso. Para tal, realizavam colheita de dados que incidia em todos os dados de saúde da pessoa, exame físico, perspetiva pessoal e quais os conhecimentos que possuía sobre a situação que estavam a viver. Desta forma, foi visível a diferenciação do EEER nesta avaliação, no que concerne às funções respiratória, motora, cognitiva e sensorial, bem como a aplicação de escalas para a obtenção de dados objetivos, que conduzem a um maior conhecimento sobre a situação no seu todo. Esta avaliação torna possível a identificação das necessidades de intervenção do EEER, avaliação dos resultados das intervenções implementadas e a necessidade de referenciação para outros profissionais da equipa de saúde. Visto que a ECCL dá resposta a uma população idosa e progressivamente com perda de capacidades físicas, realizámos uma sessão de formação (Apêndice V) à restante equipa de enfermagem sobre os princípios da manutenção do movimento articular e força muscular em doentes idosos promovendo a mobilidade. Esta sessão de formação teve como objetivo a capacitação da equipa de enfermagem para a promoção destes exercícios junto de cada pessoa, em função da avaliação e prescrição de exercícios pela EEER.

Em ambos os locais de estágio, realizámos registos de enfermagem no sistema informático SClínico e na plataforma da RNCCI. A informação que transmitimos nos registos foi escrita de forma clara e objetiva, de modo a não suscitar dúvidas e promovendo a documentação de indicadores de boas práticas de enfermagem, assim como a continuidade de cuidados.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017) os registos de enfermagem e a passagem de ocorrências devem permitir a avaliação dos cuidados prestados, pois são elementos chaves para garantir cuidados de qualidade e diminuição de eventos adversos.

Prevê-se, após o exposto, o alcance das competências no domínio da gestão de cuidados, expressas no Regulamento nº 140/2019 no que concerne à gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar, bem como a adaptação da liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto objetivando cuidados de qualidade.

Após o exposto, consideramos que foram desenvolvidas as seguintes competências, segundo o Regulamento 140/2019:

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

3.2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Com vista o desenvolvimento de competências neste domínio delineámos como objetivo específico, Aprofundar conhecimentos baseados na evidência científica.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) a prática baseada na evidência é o conhecimento que emerge de diversas fontes sujeitas a apreciação e consideradas credíveis. É o uso consciencioso (consciente e intencional) e judicioso e criterioso da evidência que resulta da investigação, da experiência clínica, dos valores dos clientes e seus cuidadores, para tomar decisões relativas à melhor resposta na situação particular de cuidados. A prática baseada na evidência consiste em integrar as melhores evidências científicas à habilidade clínica do profissional e à preferência do utente.

Neste sentido, ao longo do ensino clínico foram realizadas várias pesquisas em bases de dados, normas e *guidelines* provenientes de instituições credíveis e livros técnicos, no sentido de consolidar e aprofundar o conhecimento e, que nos permitisse a tomada de decisão em diferentes situações clínicas, garantindo a

qualidade e segurança dos cuidados prestados. Ressaltasse que, na decisão e intervenção, esteve sempre presente o princípio ético da autonomia, visível no respeito pela vontade e poder de decisão da pessoa cuidada e da sua família, os seus valores e expectativas.

A reflexão sobre a prática permitiu-nos ter a percepção do motivo das nossas ações perante as diversas situações que vivemos. Promoveu o raciocínio crítico sobre os cuidados, de forma a estabelecermos prioridades e priorizarmos as necessidades da pessoa, respeitando-a. Para aprofundar a reflexão sobre estes cuidados e, desenvolvermos uma prática de Enfermagem Avançada, recorreremos à supervisão das enfermeiras orientadoras e da professora orientadora. Segundo a Canadian Nurses Association (2008), a Enfermagem Avançada é uma enfermagem que maximiza a utilização da formação académica, os conhecimentos específicos de enfermagem e a experiência clínica, de forma a dar resposta às necessidades de saúde das pessoas, famílias, grupos, comunidades e populações. Requer analisar e sintetizar conhecimento; compreender, interpretar e aplicar na prática as teorias de enfermagem e, assim desenvolver a profissão e o seu corpo de conhecimentos.

Fizemos uso da nossa experiência profissional, no que concerne às competências de enfermagem enquanto enfermeira generalista com experiência na área de pediatria, como base para a reflexão da prática e das aprendizagens a efetuar. Este conhecimento proveniente da prática clínica, necessita de pensamento crítico e de reflexão de forma a tornar esta fonte de conhecimento credível. A experiência clínica por si só não é suficiente para sustentar a decisão. É importante fomentar a interação entre o conhecimento da experiência empírica e o conhecimento científico. É desta aptidão de pensar a ação, que surge a evolução da prática e da melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional (Fernandes & Vareta, 2018). Assume-se uma mudança na atuação, no que concerne aos cuidados prestados aos recém-nascidos na prática clínica, no que concerne ao posicionamento, visando a promoção do seu desenvolvimento, bem como na sensibilização e formação dos pares.

Tudo o exposto permite expor o alcance das competências expostas no Regulamento nº 140/2019:

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

4. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS

Com a realização do presente capítulo, pretendemos expor a análise das atividades desenvolvidas, procurando identificar no percurso efetuado os pontos fortes, as limitações e as dificuldades percebidas por nós. No decorrer do ensino clínico tivemos a oportunidade de viver diversas experiências que enriqueceram o nosso percurso académico e contribuíram para a construção da nossa identidade como Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A elaboração deste relatório permitiu-nos refletir acerca do nosso processo formativo, identificando e analisando as atividades e aprendizagens que conduziram ao desenvolvimento de competências. Nesta perspetiva analisaram-se as atividades desenvolvidas e aprendizagens adquiridas, identificando potencialidades individuais e aspetos a desenvolver. Para tal, baseámo-nos na tipologia de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*).

Forças (Strengths)

As atividades desenvolvidas no ensino clínico, aliadas aos conhecimentos adquiridos durante o primeiro ano do curso e, a pesquisa bibliográfica realizada para a elaboração do projeto de estágio, permitiram que desenvolvêssemos uma prática baseada na evidência, que nos reporta às competências expressas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo. Procurámos ao longo do ensino clínico identificar os problemas reais das pessoas que cuidámos, aplicando os conhecimentos que provêm da investigação mais recente e da melhor evidência científica. A aplicação de escalas de avaliação e registo dos resultados, permitiram-nos monitorizar e mensurar a evolução da pessoa, de forma objetiva. Na colheita de dados inicial, para além da história clínica, foi relevante compreender as expectativas da pessoa/família sobre o processo de reabilitação, tornando-as realistas, concebendo e implementando um plano de cuidados adequado às capacidades e necessidades individuais.

A escolha dos dois campos de ensino clínico, com valências tão distintas da nossa realidade como enfermeira generalista, assumiu um papel importante na formação, permitindo desenvolver competências de EEER através da intervenção

junto de pessoas ao longo de todo o ciclo de vida e, com necessidades e perspectivas de vida muito distintas. Concomitantemente, o contato com os contextos comunitário e hospitalar, foram muito enriquecedores do nosso processo formativo, proporcionando-nos o conhecimento sobre diferentes dinâmicas organizacionais e diferentes modos do EEER intervir, integrando uma equipa multidisciplinar.

Para além destes dois campos de ensino clínico, tivemos ainda a experiência de acompanhar uma EEER a desempenhar funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, compreendendo a importância de uma intervenção especializada de enfermagem de reabilitação, promovendo o desenvolvimento da criança e prevenindo sequelas. Por outro lado, permitiu a aplicação do projeto de estágio, constatando a importância do posicionamento terapêutico. Tornou-se evidente a relevância dos cuidados de enfermagem de reabilitação pediátrica, que devem incorporar a filosofia de Cuidados Centrado na Família, uma vez que o envolvimento dos pais na participação nos cuidados ao seu filho é essencial (Mendes & Martins, 2012). Para tal, o EEER deve promover a autonomia e independência dos mesmos, através de uma participação informada, capacitando-os. Estes aspetos expostos permitem uma intervenção o mais precoce possível, tendo como objetivo a prevenção de sequelas e, a otimização da evolução clínica de cada criança. A intervenção do EEER nas unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN) surgem como uma área recente da prática, pelo que a oportunidade exposta permitirá que se encetem iniciativas e parcerias com outros EEER na área, visando o desenvolvimento da ciência da enfermagem de reabilitação, mais concretamente junto ao recém-nascido internado na UCIN.

De ressaltar ainda que as avaliações finais dos dois momentos do ensino clínico constituíram, por si só, um momento de aprendizagem, visto que nos permitiram desenvolver uma análise reflexiva sobre o trabalho desenvolvido, destacando as dificuldades sentidas e a aquisição de novas competências técnicas, científicas, relacionais e pedagógicas, permitindo o desenvolvimento da nossa identidade como EEER.

Fraquezas (*Weaknesses*)

Durante este percurso, podemos compreender que a qualidade dos cuidados não é um fim em si mesma, mas sim um caminho. A excelência do exercício profissional não é um acaso, exige trabalho e dedicação, num processo contínuo de aprendizagem, de aceitação da crítica e autorreflexão, que nos leva ao desenvolvimento de competências. Segundo Barata (2017), este processo é um percurso em que a formação, a prática e a sua reflexão assumem uma importância vital, sendo que o reconhecimento das fragilidades e necessidades de formação deve ser o fator impulsionador dessa mesma procura.

A maior dificuldade identificada neste percurso, consideramos ter sido a de aplicabilidade do projeto de estágio nos dois contextos do ensino clínico, visto este abordar uma área da intervenção de EEER muito específica, que se relacionava com a nossa prática profissional diária e, sustentada numa inquietação pessoal. Assume-se um compromisso com a formação, e com a procura de oportunidades de intervir procurando o crescimento da ciência de Enfermagem e da Enfermagem de Reabilitação em particular. Considera-se que existiu no percurso a oportunidade de desenvolver competências de EEER na temática do posicionamento terapêutico, através da execução do mesmo, respeitando os seus princípios, na intervenção junto da pessoa ao longo do ciclo de vida.

A oportunidade de realizar um estágio de observação na UCIN, demonstrou ser muito enriquecedora para o nosso percurso formativo na temática identificada, sendo que a limitação a um curto espaço de tempo, dificultou uma maior consolidação das aprendizagens realizadas, pela menor oportunidade de treino. Barata (2017) afirma que a competência está associada à experiência do “saber fazer”, distinguindo esta da capacidade como a potencialidade para intervir, esperando-se no futuro continuar a desenvolver esta competência, dando-lhe visibilidade.

Oportunidades (*Opportunities*)

A abordagem de um tema ainda pouco evidenciado nas pesquisas realizadas ao longo do percurso, nomeadamente no que se refere ao posicionamento terapêutico do recém-nascido internado numa UCIN, assumiu-se como um desafio que nos permitiu reconhecer esta temática como prioritária para o desenvolvimento da enfermagem de reabilitação. Segundo a OE (2015), visando o desenvolvimento da disciplina, identificam-se como áreas emergentes a investigar as intervenções autónomas do EEER na função motora. Para além da riqueza de conhecimento adquirido com a pesquisa bibliográfica realizada para a elaboração do Projeto de Estágio, o estágio realizado numa UCIN foi muito importante pelas aprendizagens realizadas. Por exercermos funções numa UCIN, esta oportunidade permitiu para além da possibilidade de troca de experiências, a aquisição de competências que nos enriqueceram como profissionais e como pessoa.

A reflexão sobre os cuidados do EEER observados, para além da possibilidade de intervir de forma supervisionada, permitiu perceber o potencial que a prática especializada, junto da população a quem prestamos cuidados diariamente, proporciona. Este aspeto, concorre para a importância da socialização profissional, promotora da continuidade da formação (Barata, 2017). Objetiva-se a prestação de cuidados enquanto EEER, que sejam promotores do neurodesenvolvimento, maximizando o potencial destas crianças e promovendo o conforto. Segundo Kolcaba (2005), este aspeto reporta-se a uma intervenção que favorece a transição saúde-doença.

Para além desta reflexão, parece-nos também necessário enfatizar a importância crescente atribuída à gestão de recursos na área da saúde, em que se valorizam os cuidados a baixo custo (Silva, 2007). Considerando que o posicionamento terapêutico é uma intervenção de enfermagem de baixo custo (King & Norton, 2017), com inúmeros benefícios descritos na literatura, é necessário reforçar junto das equipas de neonatologia a importância deste cuidado e da sua correta execução, reduzindo o risco de sequelas na população pediátrica e, consequentemente, alcançando ganhos em saúde. Esperamos futuramente como EEER, promover esta intervenção, através da divulgação da mesma.

Espera-se que o EEER como perito na sua área de intervenção, evidencie competências de comunicação interpessoais, favorecendo a articulação dos cuidados dentro da equipa de enfermagem e da equipa de saúde multidisciplinar, promovendo a continuidade e a qualidade dos mesmos e, a integração do doente e sua família na tomada de decisão.

Ao longo do percurso formativo foi possível a partilha de conhecimentos que decorreram não só da pesquisa bibliográfica e da nossa experiência profissional, como também das experiências vivenciadas no decorrer do ensino clínico, contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados prestados às pessoas.

Ameaças (*Threats*)

Assumem-se como ameaças ao percurso, aspetos que impedem o alcance dos objetivos delineados. Apesar de não ter sido possível atingir o objetivo de desenvolver um ensino clínico numa UCIN, de forma a desenvolver competências no posicionamento terapêutico no recém-nascido, a concretização deste Relatório de Estágio permitiu identificar focos de intervenção e estratégias para dar resposta a este desejo, contribuindo futuramente para a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com Menoita (2012), os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e, da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar. Porém, foi notório nos dois contextos do ensino clínico os desafios constantes à otimização das intervenções do EEER, decorrentes das dificuldades encontradas pelos enfermeiros, face ao contexto socioeconómico atual, que tem influenciado negativamente as políticas das organizações portuguesas de saúde (Silva, 2007). Assumindo-se como uma potencial ameaça, visível nas dificuldades observadas nas equipas a uma qualidade dos cuidados, observou-se que estas conduziram a uma evolução positiva na prestação dos mesmos através da procura de soluções que respondessem positivamente às necessidades das pessoas.

De forma sumária, o percurso formativo permite afirmar uma mudança na prestação de cuidados de enfermagem, que refletem o desenvolvimento de uma

prática de cuidados especializada enquanto futuro EEER, no que se refere a cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa cuidada e, em particular, o recém-nascido internado numa UCIN. Perspetiva-se uma intervenção que, decorrente de uma avaliação objetiva de EEER, permite identificar necessidades de intervenção que objetivem a conceção, implementação e avaliação de planos de enfermagem especializados e diferenciados de reabilitação que visem os problemas reais e potenciais do recém-nascido (OE, 2019). Espera-se ainda assumir o compromisso de intervir como futuro enfermeiro especialista, no desenvolvimento da enfermagem, demonstrando uma “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados de enfermagem” e ainda sendo um “suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” em concreto na temática identificada (OE, 2019).

5. CONCLUSÃO

O relatório apresentado espelha o percurso formativo e as aprendizagens daí resultantes, que contribuíram para o desenvolvimento das competências do EE e do EEER. De salguardar que os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidos não terminam no caminho até aqui percorrido, sendo este apenas o início de um processo constante de aprendizagem e de melhoria profissional.

A pesquisa e seleção bibliográfica necessárias para a construção do projeto de estágio Promoção do Desenvolvimento da Criança através do Posicionamento Terapêutico – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação auxiliaram na definição de objetivos e permitiram alcançar conhecimentos para posteriormente desenvolvermos as competências necessárias ao exercício profissional de EEER.

O tema em questão foi selecionado tendo por base um interesse particular na nossa prática de cuidados diária em que nos deparamos frequentemente com crianças que padecem de alterações músculo-esqueléticas em consequência da sua prematuridade e do desenvolvimento destes sistemas em meio extrauterino, o que suscitou a questão “como podemos diminuir as sequelas da prematuridade e maximizar capacidades existentes?”. Através da escolha desta temática tínhamos o intuito de realizar uma pesquisa da melhor evidência científica de forma a adquirirmos competências que no futuro nos permitam, no nosso contexto de trabalho, prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação promotores do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros, centrados na criança e família, de modo a maximizar as capacidades e prevenir complicações, garantindo a presença de cuidados especializados o mais precocemente possível na vida destas crianças.

O ambiente de uma UCIN é o oposto do ambiente intrauterino, pois está repleto de luzes, sons intensos e constantes, mudanças de temperatura, manuseamentos frequentes e procedimentos invasivos e dolorosos, sendo um meio favorecedor de sequelas devido à hiperestimulação da criança. De forma a compreendermos o impacto deste ambiente em recém-nascidos prematuros destacamos a realização da revisão scoping que permitiu mapear e descrever intervenções que promovem o desenvolvimento da criança através do

posicionamento terapêutico. Por este motivo é evidente a importância da presença do EEER na equipa de enfermagem da UCIN.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este “Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.10). Assim, consideramos que uma das intervenções mais relevantes como Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação a exercer funções em pediatria é a propagação de conhecimentos dentro da equipa de enfermagem que incentivem a intervenção do posicionamento terapêutico em crianças prematuras e desta forma fomentar na equipa uma cultura de cuidados que promova o neurodesenvolvimento e a prevenção de sequelas, não só através do respeito pelos princípios do posicionamento terapêutico mas também instituindo uma prática de cuidados que reduza os estímulos ambientais nocivos (ruído, luzes, manipulações excessivas do recém-nascido), difundindo o conceito que estes cuidados de conforto ajudam a uma melhor organização do sistema nervoso central dos recém-nascidos prematuros, podendo reduzir as sequelas neurológicas. Como EEER ambicionamos instituir a prática da reflexão sobre os cuidados, baseada na evidência científica, permitindo à equipa do local onde exercemos funções compreender a importância das suas ações e a mudança de comportamentos, de forma a ir ao encontro da política de cuidados centrados no desenvolvimento. Assim como sentimos a responsabilidade acrescida à nossa prática profissional numa UCIN de referência num Centro Hospitalar da região de Lisboa, que tem o dever de prestar cuidados diferenciados, holísticos e promotores do desenvolvimento, onde é essencial formar a equipa de enfermagem, partilhar conhecimentos e monitorizar os cuidados prestados.

De acordo com o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015), as intervenções autónomas do EEER na área da função motora é um campo de estudo prioritário de maior interesse para a especialidade, podemos constatar durante o ensino clínico que de fato é uma das áreas mais desenvolvidas na prática do EEER, quer seja no contexto de internamento de pediatria quer seja no contexto comunitário. Contudo, constatámos na revisão de literatura realizada que existe pouca produção científica, sobre as vantagens e a boa prática das intervenções de enfermagem sobre o posicionamento terapêutico e as suas vantagens a longo

prazo. Por este motivo, julgamos ser necessário dar ênfase às intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação e como tal consideramos que nós temos uma responsabilidade na construção de conhecimento científico nesta área, de forma a contribuirmos para a valorização da intervenção do EEER.

Segundo Benner (2001) ao mudarmos de contexto, voltamos à posição de iniciado, mesmo que no local onde exercemos funções sejamos considerados peritos. É nesta premissa que se encontra o grande desafio deste percurso formativo e do início da nossa caminhada enquanto EEER, a evolução persistente do profissional de enfermagem e o desenvolvimento de um novo olhar (de reabilitação) sobre os recém-nascidos prematuros que têm tantas necessidades de estímulo positivo e de promoção das suas potencialidades de forma a promovermos o seu desenvolvimento saudável e a participação dos pais nos cuidados.

As diversas experiências vividas nos dois contextos de ensino clínico, com o complemento do estágio de observação realizado numa UCIN, permitiram dar resposta aos objetivos delineados inicialmente na conceção do projeto. Deste modo, consideramos que adquirimos com sucesso a plenitude das competências comuns e específicas enquanto EEER. A aquisição de conhecimentos ao longo do 1º ano do curso de mestrado e o desenvolvimento de competências durante o ensino clínico deu resposta à necessidade que identificámos durante a nossa prática profissional, permitindo-nos realizar uma intervenção mais eficiente e fundamentada.

Por tudo isto, devemos referir que o percurso realizado foi desafiante, por exigir a prestação de cuidados em meio comunitário e a adultos, algo que está fora do nosso âmbito do dia a dia, mas foi também gratificante, proporcionando um crescimento pessoal e profissional e o desenvolvimento da resiliência. As competências adquiridas constituem uma mais valia na construção do nosso ser profissional e têm reflexo na nossa visão da Enfermagem de Reabilitação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altimier, L.; Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13 (1), 9-22.

Alverzo, J.; Ward, M. (2011). Clients with Acute and Chronic Neurological Diseases. In C. S. Jacelon (Editor). *The Speciality Practice Rehabilitation Nursing*. 191-216. USA: Association of Rehabilitation Nurses.

American Academy of Pediatrics (2012). Patient-and-Family-Centered Care and the Pediatrician's Role - Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family Centered Care. *Pediatrics*. 129 (2), 394-404.

Baixinho, C., Ferreira, O. (2016). Terapêutica de posição nas transições de vida in Lourenço, M. Ferreira, O., Baixinho, C. (Coord.) *Terapêutica de Posição – Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Portugal: Lusociência.

Barata, L. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Continua. In C. Marques-Vieira, L. Vieira (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo de vida* (pp. 123-138). Loures: Lusodidacta.

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica Perspectiva desenvolvimentista*. (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Bower, E.; Nemec, R. (2017). Origins of Evidence-Based Practice and What it Means for Nurses. *International Journal of Childbirth Education*. 32 (2), 14-18.

Bozzetti, V.; Tagliabue, P. (2009). Metabolic bone disease in preterm newborn: An update on nutritional issues. *Italian Journal of Pediatrics*. 35 (20).

Brazelton, T. (1984). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. (2nd ed.). Filadelfia: Lippincott.

Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. [s.l.] Ordem dos Enfermeiros.

Conway, J.; Johnson, B.; Edgman-Levitan, S.; Schlacter, J.; Ford, D.; Sodomka, P.; Simmons, L. (2006). Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress. *Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.*

Cordeiro, M.; Leite, T. (2012). Reeducação funcional respiratória em Pediatria. In M. Cordeiro, & E. Menoita, *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas* (pp. 321-352). Portugal: Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Correio, M., Ferreira, A., Ermida, V., Peixoto, I., Teixeira, P., Vaz, M., Albuquerque, M., Caldas, J. (2017). Enfarte Medular: Da Revisão Teórica à Prática Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação*. 29 (1). 40-44.

Coughlin, M.; Gibbins, S.; Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: Theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (10), 2239-2248.

Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Couto, G. (2012). Autonomia/Independência no Autocuidado: Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9323/1/MER%20_GI%C3%B3ria%201621_.pdf

Cox, C. (2002). Cuidados intensivos no período neonatal – comunicação e ligação. *Nursing*. 167, 34-39.

Damiani, D., Laudanna, N., Barril, C., Sanches, R., Borelli, N., Damiani, D. (2013). Encefalopatias: etiologia, fisiopatologia e manuseio clínico de algumas das principais formas de apresentação da doença. *Revista Brasileira Clínica Médica*. 11 (1). 67-74.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 Junho (2006). Rede nacional de cuidados integrados. *Diário da República 1ª Série*, N.º 109 (06-06-2006). 3856-3865.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República 2ª Série*, N.º 28 (10-02-2015). 3882-3882. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Informativa Nº: 12/DSPCS - Planeamento da Alta do Doente com AVC. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde

Direcção-Geral da Saúde (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 03-06-2019. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Direcção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma n.º 010/2013.

Direcção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para as doenças respiratórias*. Lisboa. Direcção Geral de Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017.

Direcção Geral de Saúde (2017b). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa. Direcção Geral de Saúde.

Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In Tomey, A., Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed.) (pp. 481-495). Loures: Lusociência.

Fernandes, J.; Vareta, D. (2018). *Enfermagem de Prática Avançada*. Lisboa: Bubok Publishing.

Embleton, N.; Wood, C. (2014). Growth, bone health, and later outcomes in infants born preterm. *Jornal de Pediatria*. 90 (6), 529-532.

Florence, J. (2002). *Doenças neuromusculares na infância e intervenção fisioterapêutica*. Porto Alegre: Artmed.

Franjoine, M., Gunther, J., Taulor, M. (2003). Pediatric Balance Scale: a modified version of the Berg Balance Scale for the school-age child with mild to moderate motor impairment. *Pediatric Physical Therapy*. 15 (2), 114-28.

Fonseca, R., Barros, I., (2016) Terapêutica de posição em neonatologia in Lourenço, M. Ferreira, O., Baixinho, C. *Terapêutica de Posição – Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Portugal: Lusociência.

Fontes, A.; Fernandes, A.; Botelho, M. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 171-178.

Gatens, C.; Musto, M. (2011). Cognição e Comportamento. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp.551-576). Loures: Lusodidacta

Gomes, I. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the

multidisciplinary team. European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal

Care Association (EDTNA/ERCA). Madrid: Layout, Binding and Printing: Imprenta Tomás Hermanos (pp. 43-65)

Hesbeen, W. (2003). A Reabilitação: Criar novos caminhos. Loures: Lusociência.

Heiberger, A. (2014). Managing reflux in infants: Lifestyle modifications or medications?. *The Journal Of The South Dakota State Medical Association*. 67 (6), 237-238.

Hockenberry, M.J.; Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e aplicação*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.

Joseph, R. (2015). Prolongued Mechanical Ventilation: Challenges to Nurses and Outcomes in Extremely Preterm Babies. *CriticalCareNurse*. 35 (4), 58-66.

Kegel, A., Peersman, K., Baetens, T., Dhooge, I., Van Waelvelde, H. (2012). New reference values must be established for the Alberta Infant Motor Scales for accurate identification of infants at risk for motor development delay in Flanders. *Child: care, health and development*. 39 (2), 260-267.

Kelly-Hayes, M. (2000). Avaliação Funcional. In Hoeman, S. P. (Coords). *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e processo* (p. 162-172). Loures: Lusociência.

King, C., Norton, D. (2017). Does therapeutic positioning of preterm infants impact upon optimal health outcomes? A literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 218-222.

Kisner, C.; Colby, L. (2009). Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas. (5ª ed.), São Paulo: Manole

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Kolcaba, K., DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31 (3), 187-194.

Laudert, S.; Liu, W.; Perkins, B.; Blackington, S.; Martin, S.; Macmillan-York, E.; Graven, S.; Handsyside, J. (2007). Physical Environment Exploratory Group. Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*. 27 (S2), S75-S93.

Lawhon, G.; Buehler, D.; Mcanulty, G.; Als, H.; Alberts, J.; Cummings, R.; Vandenberg, K. (2017). *NIDCAP program Kaye Spence, AM, Secretary Children's Hospital at Westmead*. NIDCAP Federation International.

Massano, J. (2011). Doença de Parkinson atualização clínica. *Acta Médica Portuguesa*. 24 (S4). 827-834.

Mendes, M., Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III (6). 113-121.

Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Moreira, R., Magalhães, L., Alves, C. (2014). Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90 (2), 119-134.

Moyer-Miller, L.; Brunstetter, V.; McNaught, T.; Gill, G.; Chan, G. (2000) Daily Physical Activity Program Increases Bone Mineralization and Growth in Preterm Very Low Birth Weight Infants. *American Academy of Pediatrics* volume 106 (5), 1088-1092.

Nascimento, D., Carvalho, K. Iwabe, C. (2012). Perfil cognitivo e motor de crianças nascidas prematuras em idade escolar: revisão de literatura. *Revista de Neurociências*, 20 (4), 618-624.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido a 20-04-2019. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto.

Organização Mundial de Saúde (2013). *Neurological disorders: a public health challenges*. Suíça: Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. 22 (1-2), 1-98.

Orsini, M. (2012). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan LTDa

Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., Galuppi, B. (2008). Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. *Development Medicine & Child Neurology*. 50 (4). 249-253

Papathanasiou, I.; Sklavou, M.; Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2 (1), 1-5 doi: 10.11648/j.ajns.20130201.11.

Picheansathian, W., Woragidpoonpol, P., & Baosoung, C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiological development: a systematic review. *JBIM Library of Systematic Reviews*. 7(7), 224–259.

Pineda, R., Tjoeng, T., Vavasseur, C., Kidokoro, H., Nel, J., Terrie, I. (2013). Patterns of altered neurobehavior in preterm infants within the neonatal intensive care unit. *The Journal of Pediatrics*, 162 (3). 470-476.

Regulamento nº 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2.a Série — N.º 85 — 3 de Maio de 2019. Mesa Do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, 13565–13568.

Regulamento nº 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, Nº 119 (22 de Junho 2015). 16655-16660.

Royal College of Nursing (2018), Acedido em 20/01/2019. Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/>

Santos, A. (2014). Paralisia Cerebral: Uma revisão da literatura. *Unimontes Científica*. 16 (2). 67-82.

Santos, A., Vieira, C., Toso, B., Barreto, G., Souza, S. (2018). Aplicação clínica do Procedimento Operacional Padrão de Posicionamento com Prematuros. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71 (3).

Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação in Vieira, C., Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp15-23). Portugal: Lusociência.

Scheuringer, M., Grill, E., Boldt, C. & Stucki, G. (2011 Mar). Latent class factor analysis of the Functional Independence Measure confirmed four distinct dimensions in patients undergoing neurological rehabilitation. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 47(1), 25-34.

Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. (2000) SCPE Collaborative Group. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 42, 816-24.

Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11-20.

Sousa, B., Dias, C., Pedro, C., Artalheiro, G., Curado, M., (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo in Lourenço, M. Ferreira, O., Baixinho, C. *Terapêutica de Posição – Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Portugal: Lusociência.

Souto, N. (2016). Enfermagem de Reabilitação em Neonatologia in Vieira, C., Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp297-305). Portugal: Lusociência.

Stevens, K. (2011). Eliminação e Continência Urinária. In S.P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp.351-386). Loures: Lusodidacta

Tamez, R. (2009). *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Tecklin, J. (2006). *Fisioterapia Pediátrica*. (3ª Edição). Porto Alegre: Artmed.

Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2015). *Posicionamento Terapêutico no Paciente Neonatal e Pediátrico. Procedimento Operacional Padrão*. Brasil.

Varanda, E.; Rodrigues, C. (2017). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o bailado da mente. In C. Marques-Vieira, L. Vieira (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo de vida* (pp. 215-226). Loures: Lusodidacta.

Vauclair, J. (2008). *Desenvolvimento da Criança do Nascimento aos Dois Anos: Motricidade – Percepção – Cognição*. Lisboa: Instituto Piaget.

Wallin, L., Eriksson, M. (2009). Newborn Individual Development Care and Assessment Program (NIDCAP): A Systematic Review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6 (2). 54-69.

Waitzman, K.A. (2007). The importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play and Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 7(2), 76-81. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2007.05.004>.

World Health Organization (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneve: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf.

Zarem, C., Crapnell, T., Tiltges, L., Madlinger, L., Reynolds, L., Lukas, K., & Pineda, R. (2013). Neonatal Nurses' and Therapists' Perceptions of Positioning for Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*. 32(2), 110-116.

<http://www.thecomfortline.com/theory.html>. Acedido a 14 de Julho de 2018 - Teoria do Conforto de Kolcaba

http://www.who.int/topics/preterm_birth/en/. Acedido a 28 de Maio de 2018 – Organização Mundial de Saúde

Apêndices

Apêndice I – Projeto de Estagio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR
OPÇÃO II
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2º SEMESTRE

**Promoção do Desenvolvimento da Criança
através do Posicionamento Terapêutico –
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**

Discente:

Elisa da Silva Páscoa nº 8366

Lisboa

Setembro de 2018



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR
OPÇÃO II
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**Promoção do Desenvolvimento da Criança
através do Posicionamento Terapêutico –
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**

Discente:

Elisa da Silva Páscoa nº 8366

Docente Orientador: Professora Maria do Céu Sá

Lisboa

Setembro 2018

Lista de Siglas e Abreviaturas

AVD – Atividades de Vida Diária

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

SRPD – Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Conceptual do tema	3
1.1 Importância do Posicionamento Terapêutico - Justificação e Pertinência do tema....	3
1.2 Promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico – Scoping review.....	7
2. Modelo Conceptual - Teoria do Conforto de Kolcaba	10
3. Percurso Formativo.....	13
3.1 Instituições Envolvidas.....	13
3.2. Definição dos objetivos de estágio e Planeamento de Atividades	14
4.Considerações finais	25
Referências bibliográficas	26
APÊNDICES	
Apêndice I – Fluxograma Scoping Review	
Apêndice II – Tabela Resumo dos Textos da Revisão Scoping	
Apêndice III – Guião de Entrevista SRPD	
Apêndice IV – Guião de Entrevista UCC	
Apêndice V - Cronograma de Atividades	
Apêndice VI - PowerPoint Apresentação Intercalar do Projeto	
Apêndice VII – PowerPoint Apresentação Final do Projeto	

Introdução

Este projeto surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II, de forma a delinear o percurso a ser desenvolvido durante o 3º semestre do Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Desta forma, este documento tem como objetivo geral definir a área de estudo que se tenciona aprofundar enquanto estudante, assim como as competências técnico-científicas, que se pretende desenvolver como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER).

Assim, o título deste projeto de formação é **“Promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico – intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”**.

1. **Palavras-chave:** Criança, Posicionamento Terapêutico, Desenvolvimento Infantil
2. **Data de início:** Setembro 2018
3. **Duração:** 6 meses

O despertar da nossa atenção para este tema, advém da prática de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde muitas vezes o tipo de cuidados prestados prende-se com a sobrevivência dos recém-nascidos internados. Nestas unidades, fica para segundo plano as preocupações com as sequelas inerentes a internamentos prolongados e intervenções técnicas invasivas. Atuando-se assim, pouco a nível de prevenção de sequelas motoras. De acordo com Tamez (2009), o posicionamento adequado do bebé promove o conforto, o desenvolvimento motor, a coordenação na alimentação oral, a oxigenação e a função gastro-intestinal. A longo prazo, previne contraturas e alterações no formato da cabeça e as suas consequências no crescimento do cérebro. Assim, o posicionamento terapêutico deverá promover o aumento da atividade à linha média e a flexão das extremidades, prevenindo complicações que interferem no desenvolvimento infantil. Desta forma, é fundamental criar condições ambientais necessárias ao desenvolvimento sensório-motor o mais adequado e harmonioso possível.

Considerando que a Ordem dos Enfermeiros (2015) identificou como muito prioritária a investigação na Área das Intervenções Autónomas do Enfermeiro de Reabilitação na função motora, pode-se considerar que o posicionamento terapêutico assume-se como um dos cuidados que merece particular atenção para o

EEER, visto que este cuidado promove o desenvolvimento neuromotor do recém-nascido prematuro.

Para este projeto de formação defini como **criança**, o grupo etário desde o nascimento até 1 ano de idade – lactente. Visto que é durante este período que o sistema nervoso e musculoesquelético tem maior plasticidade e capacidade de resposta ao posicionamento corporal (Sweeney & Gutierrez, 2002).

Considerando a área de interesse pessoal que foi explicitada anteriormente, bem como as competências que são necessárias desenvolver como EEER, foram delineados os **objetivos gerais** deste projeto, de forma a dar resposta às competências preconizadas pela OE para atribuição do título de EEER e aos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, e que são:

1. Desenvolver competências éticas, científicas, relacionais e técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
2. Desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação através do desenvolvimento de competências científicas e técnicas na área do posicionamento terapêutico.

Este projeto apresenta a seguinte estrutura: enquadramento conceptual do tema, onde será explicitado a problemática que será abordada, a justificação e pertinência do tema, o estado da arte, para o qual utilizei a metodologia de revisão scoping (fluxograma apresentado no Apêndice I) e o modelo conceptual que irá sustentar a prática de cuidados a desenvolver durante os estágios do 3º semestre. Seguidamente serão apresentados os objetivos e atividades que me proponho a desenvolver ao longo dos estágios (cronograma de atividades apresentado em Apêndice V). Por último, será o capítulo das considerações finais.

O motivo pelo qual foi realizada uma revisão scoping, foi devido a este tipo de revisão de literatura permitir obter informação vasta sobre o assunto de pesquisa. De forma, a desenvolver uma prática baseada na evidência, foi esta a pesquisa escolhida para encontrar justificação teórica para o tema que irá ser tratado.

1. Enquadramento Conceptual do tema

Neste capítulo iremos justificar a importância do tema, assim como apresentaremos a revisão de literatura como metodologia para compreendermos a evidência científica existente sobre esta temática.

1.1 Importância do Posicionamento Terapêutico - Justificação e Pertinência do tema

Segundo dados da OMS (2015) um em cada dez recém-nascidos nascem prematuros, ou seja, antes das 37 semanas de gestação. Assim estas crianças são privadas do ambiente uterino prematuramente, acarretando consequências para o seu desenvolvimento. Ao longo da gestação, o feto vai crescendo e o espaço livre vai diminuindo, levando-o à posição fletida. Após o nascimento, a postura do recém-nascido de termo é de flexão espontânea, contribuindo para o seu desenvolvimento adequado. (Tamez, R., 2009)

A imaturidade global do recém-nascido prematuro põe em risco a sua sobrevivência e o seu desenvolvimento saudável. O meio intra-uterino contém todos os fatores promotores do desenvolvimento do feto. No entanto, o meio extra-uterino está repleto de estímulos nocivos ao desenvolvimento do recém-nascido prematuro, devido à incapacidade do sistema nervoso de processar e responder a esta sobrecarga de estimulação. Assim, os cuidados de enfermagem devem ser centrados na criação de um ambiente que promova o desenvolvimento fisiológico e neurológico adequado. (Sousa, B., Dias, C., Pedro, C., Artilheiro, G., Curado, M., 2016)

A posição fetal, principalmente no último trimestre, favorece a flexão dos membros e alinhamento simétrico das articulações, de forma a permitir a auto-regulação e neurodesenvolvimento. No recém-nascido prematuro a falta de tônus e de massa muscular, a força da gravidade e a inexistência da parede uterina vão resultar em

posturas inadequadas de extensão e abdução, com consequências no seu desenvolvimento (King, Norton, 2017).

O posicionamento terapêutico tem particular relevância em crianças nascidas prematuras, visto serem uma população com alterações de diferentes dimensões, ao longo do seu crescimento. Alterações estas que incluem, pouca orientação à linha média, menor tolerância à manipulação, reflexos menos evidentes e alterações do tônus muscular que influenciam a aquisição de competências motoras ao longo do desenvolvimento (Pineda, Tjoeng, Vavasseur, Kidokoro, Nel, Terrie, 2013).

Tal como salientam Nascimento, Carvalho & Iwabe (2012), as crianças que nascem prematuras apresentam frequentemente problemas cognitivos e comportamentais, nomeadamente, dificuldades de aprendizagem, défice de atenção, hiperatividade, atrasos e desvios da linguagem e alterações do desenvolvimento neuromotor.

Segundo Wong (1999), o lactente está na fase do ciclo de vida onde existem evoluções físicas e desenvolvimento comportamental e motor mais marcantes. Existe uma maturação progressiva de todos os sistemas, havendo a aquisição de capacidades motoras e cognitivas que possibilitam a interação mais recíproca do lactente com o meio ambiente.

Uma criança quando nasce com uma condição de saúde crónica, ou a adquire durante o primeiro ano de vida, irá viver implicações dessa condição ao longo do ciclo de vida (Hoeman, 2000, p.73). Por este motivo, como refere Santos (2016, p. 15) “enquadrando todas as dimensões do desenvolvimento humano, o processo de reabilitação deve ser iniciado logo após as alterações que ocorrem na vida (...)” da criança.

Desta forma, é necessário proporcionar cuidados que maximizem o desenvolvimento motor e neurológico e reduzam eventuais problemas que possa surgir a longo prazo e por vezes apenas são perceptíveis na idade pré-escolar e escolar (Moreira, Magalhães, Alves, 2014).

De acordo com Brazelton (1984) existem tarefas do desenvolvimento que são vitais para o crescimento do recém-nascido, que são: regular a respiração, temperatura e sistema autónomo de forma a poder desviar a energia para outras tarefas; controlar o sistema motor, inibindo movimentos aleatórios e controlando níveis de atividade para poupar energia; regular os estados de consciência de forma a conseguir interagir com o ambiente e prestador de cuidados. Assim, quando estas

tarefas descritas anteriormente estão em equilíbrio o recém-nascido está preparado para a interação social (seguir o objeto, interpretar expressões faciais e reagir à voz).

É neste contexto que surge o posicionamento terapêutico no período neonatal, que tem como objetivos promover a regulação do estado neurocomportamental e autorregulação, proporcionar suporte postural e de movimento, facilitar a participação do recém-nascido nas experiências sensório-motoras normais, otimizar o desenvolvimento musculoesquelético e o alinhamento biomecânico (Unidade de Reabilitação, 2015, p.7).

Desta forma, Fonseca & Barros, (2016, p.186) referem que os princípios fundamentais do posicionamento correto são: 1. promover a contenção, segurança e adaptação ao ambiente extra-uterino do recém-nascido através da implementação de limites e apoios; 2. proporcionar movimentos de flexão com vista a obter um padrão postural e de movimento similar à do recém-nascido de termo saudável; 3. equilibrar necessidades de contenção e de movimentação; 4. manter o alinhamento articular; 5. encorajar o desenvolvimento das habilidades motoras e reflexas e do tônus corporal; 6. assistir o movimento anti gravitacional; 7. promover a estabilidade fisiológica, auto-regulação e organização neurocomportamental do recém-nascido; 8. manter a postura à linha média; 9. adequar uma postura que previna assimetrias posturais e o desenvolvimento de padrões posturais anormais; 10. estimular a exploração visual do ambiente, contribuindo para a interação familiar; 11. facilitar o desenvolvimento do controle da cabeça.

Deste modo, o posicionamento terapêutico é uma intervenção de baixo custo, visto estar integrada nas intervenções autónomas de enfermagem, e quando é otimizada pode trazer benefícios, reduzir custos em saúde a longo prazo – prevenindo sequelas motoras e, consequentemente a co-morbilidade nestas crianças. (King, C., Norton, D., 2017)

Para Wallin & Eriksson (2009), o posicionamento terapêutico está incluindo num conjunto de intervenções que visam criar um ambiente que minimize o stress e promova o desenvolvimento adequado para estas crianças. Este conjunto de intervenções é uma filosofia de cuidados denominada de Newborn Individual Development Care and Assessment Program (NIDCAP). Essas intervenções têm como objetivo fomentar a organização comportamental da criança, aumentar a

estabilidade hemodinâmica, proteger os ciclos de sono e promover o seu crescimento e maturação dos sistemas.

Ainda autores como, Baixinho & Ferreira (2016, p.11) referem que “o posicionamento assume-se como uma terapêutica não farmacológica importante na promoção da saúde, tratamento da doença e reabilitação, que possibilita a gestão com maior eficácia dos processos de saúde-doença”

Desta forma, considerando que o EEER “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e autocuidado nos processos de transição saúde-doença e ou incapacidade” OE (2010, p.3) torna-se pertinente estudar as intervenções que o EEER pode desenvolver para promover o desenvolvimento infantil, através do posicionamento terapêutico. Estas incluem o ensinar, treinar e instruir os pais sobre os benefícios do posicionamento terapêutico, para que estes sejam parceiros no cuidar. Nesta fase da infância os pais têm um papel fulcral e devem participar ativamente no programa de reabilitação, “os objetivos centrais são a sensibilização destes adultos para a responsabilidade na saúde do bebé, a curto, médio e longo prazo, e a divulgação dum conceito de promoção de saúde (...)” (Barros, 2003, p.176).

Tendo em conta os objetivos descritos do posicionamento terapêutico, consideramos o EEER o profissional capacitado para desenvolver estes cuidados tão específicos.

Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2015, p.16657-16658), referem pressupostos que vão ao encontro dos objetivos do posicionamento terapêutico, nomeadamente através da **promoção da saúde**, onde é referido que o EEER é responsável pela conceção e desenvolvimento de planos e programas que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal; **prevenção de complicações**, através da identificação, tão rápida quanto possível, dos riscos de alteração da funcionalidade e de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades, e prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação com vista à redução do risco de alteração da funcionalidade, nomeadamente, ao nível motor, cardiorrespiratório e da alimentação; **bem-estar e autocuidado**, onde é mencionado que o EEER é responsável pelo ensino, instrução e treino das pessoas significativas, para o cliente,

sobre técnicas que promovam o autocuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos; e por último o enunciado descritivo **readaptação funcional**, onde são elementos importantes nos cuidados de enfermagem de reabilitação a conceção e desenvolvimento de planos e programas que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal.

1.2 Promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico – Scoping review

Esta revisão scoping irá considerar todos os estudos que foquem os benefícios do posicionamento terapêutico no desenvolvimento motor de crianças internadas em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

O posicionamento terapêutico em crianças, em especial na neonatologia, como referimos anteriormente, surge como uma intervenção autónoma do EEER muito importante.

Para questão de partida, formulámos a seguinte questão: **De que modo o posicionamento terapêutico, realizado pelo EEER, promove o desenvolvimento motor da criança?**

Seguindo o formato PCC, identifiquei a **População** – Criança; **Conceito** - Posicionamento terapêutico; **Contexto** – Meio hospitalar, nomeadamente Neonatologia.

Esta revisão de scoping irá considerar quaisquer estudos de pesquisa primária existentes, qualitativos e quantitativos, assim como revisões sistemáticas de literatura, incluindo meta-análises e meta-sínteses.

Embora tenha definido no projeto a idade das crianças até 1 ano, não foi possível manter esse critério na revisão scoping devido à inexistência de resultados, com esse termo de pesquisa.

Nesta revisão scoping, determinaram-se os seguintes **critérios de inclusão**: **tipo de estudo** - Todos os estudos de abordagem quantitativa e qualitativa; **População de estudo** - Crianças desde o nascimento aos 18 anos; **idiomas**: português e inglês; **espaço temporal**: estudos publicados entre 2000-2018; **bases de dados**:

CINAHL Complete e MEDLINE Complete. Foi realizada uma pesquisa na Cochrane Central Register of Controlled Trials, com zero resultados para os termos indexados.

Como **critério de exclusão**: Artigos a que não seja possível aceder em FULL TEXT.

Posteriormente, foi então efetuada a pesquisa, sendo utilizado o motor de busca EBSCOhost Integrated Search, acedido através do Website da ESEL, disponível no Centro de Documentação On-line, em Bases de dados com acesso na Intranet ou VPN, e que permitiu o acesso às bases de dados seleccionadas previamente, e descritas nos critérios de inclusão. Para a obtenção dos artigos analisados, utilizaram-se os seguintes **descritores de pesquisa**: **Child* AND Patient Positioning AND Infant Development OR Child Development**.

O fluxograma da revisão scoping, de seleção dos artigos será apresentado no Apêndice I. No entanto, vai ser de seguida explicitado o processo de selecção dos artigos obtidos. Na fase da **Identificação** obtiveram-se 39 artigos na CINAHL e 5 artigos na MEDLINE. Destes 44 artigos foram seleccionados os que apresentavam Full text, resultando numa amostra de 8 artigos.

Destes 8 artigos, foram excluídos 4, na fase da **Eligibilidade**, através da leitura do título e/ou resumo, por não estarem relacionados com posicionamento terapêutico ou com intervenções de enfermagem.

Ficamos assim, com uma amostra final para análise aprofundada e extração de dados de 4 **artigos incluídos**.

Após análise dos artigos seleccionados, obteve-se os seguintes resultados:

De acordo com Sweeney e Gutierrez (2002) o sistema musculo-esquelético dos neonatos e das crianças, até a 1 ano de idade, tem uma grande plasticidade e capacidade de resposta ao posicionamento. A diferenciação das fibras musculares considera-se incompleta às 40 semanas de gestação, o que provoca um quadro de hipotonia nos recém-nascidos (RN) prematuros, que por esta razão vão beneficiar de posicionamento terapêutico que apoie as extremidades, a orientação à linha média, a flexão e o autoconsolo. Estes RN podem apresentar lordose cervical exagerada e hiperextensão da cervical, o que provoca estiramento e enfraquecimento dos músculos flexores do pescoço o que posteriormente vai dificultar a aquisição de competências da motricidade grosseira, como a capacidade de centrar a cabeça,

visão no plano inferior e a coordenação motora para levar as mãos à linha média e à boca. Crianças com Refluxo Gastroesofágico, que passam muitos meses em decúbito ventral, podem apresentar alterações musculoesqueléticas nos membros inferiores até aos 8 anos.

Os recém-nascidos prematuros, tendencialmente, apresentam achatamento da região occipital devido à utilização exclusiva da posição dorsal para dormir, a utilização por longos períodos de cadeiras de posicionamento (como espreguiçadeira) e à ausência de atividades de brincar em posição ventral.

Os profissionais de saúde que exercem funções em neonatologia têm uma intervenção primordial na preparação para a alta destas crianças, sendo essencial o ensino aos pais de algumas boas práticas, que favorecem o desenvolvimento saudável do sistema musculo-esquelético. Sendo o foco desse ensino a colocação da criança em posição ventral quando acordada e para brincar. Estas autoras referem que existem idades críticas para despiste de alterações musculoesqueléticas e neuromotoras, que são: 2 meses, 4 meses, 8 meses, 12 meses e aos 18 meses.

O estudo realizado por Kegel, Peersman, Baetens, Dhooge & Van Waelvelde (2012) que pretende compreender se a Alberta Infant Motor Scale é válida para identificar alterações motoras em populações de crianças que frequentem jardins de infância. Ao longo deste artigo referem uma associação positiva entre a colocação da criança em decúbito ventral enquanto está acordada e a brincar, com a aquisição de competências da motricidade grosseira, nomeadamente aos 4 e 6 meses, devido ao fortalecimento muscular do tronco, pescoço e membros superiores. Assim como, a importância de variar de posição de brincar, ao longo do dia, é essencial para o desenvolvimento de capacidades motoras e a aprendizagem de novos movimentos. “(...) variability in positioning is primordial for infants to expand their motor skills.” (Kegel, et al., 2012, p.261)

Desta forma, recomenda-se informar, orientar e treinar as famílias sobre a importância do decúbito dorsal nos lactentes para dormir, de modo a evitar a síndrome de morte súbita do lactente. Mas concomitantemente, ensinar sobre a importância de colocar os lactentes em decúbito ventral quando estão acordados e proporcionar momentos de brincar neste decúbito.

Joseph (2015) efetuou uma revisão sistemática da literatura, onde o foco são os cuidados de enfermagem ao recém-nascido e lactente internado, que necessita de ventilação mecânica prolongada. Embora o artigo não se centre no posicionamento, este é referido como um dos fatores que pode otimizar a ventilação. Desta forma, posicionar a cabeça à linha média e em decúbito ventral, promove a expansão torácica e melhora a ventilação.

Heiberger (2014) realizou uma revisão de literatura onde compara a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, anti-refluxo gastroesifágico, em lactentes. De referir, que o refluxo gastroesofágico pode influenciar negativamente o desenvolvimento infantil, com perda de peso, esofagite e consequentemente desconforto e irritabilidade na criança. Assim, as primeiras medidas a tomar devem ser as não farmacológicas, que incluem o posicionamento em decúbito ventral e cabeceira elevada.

Em concordância com estes resultados, os autores dos artigos analisados referem a necessidade de mais estudos na área do posicionamento terapêutico e as suas implicações a longo prazo.

2. Modelo Conceptual - Teoria do Conforto de Kolcaba

Como referido anteriormente, o posicionamento terapêutico tem como grande objetivo melhorar a postura corporal, prevenindo sequelas motoras, assim como promover o conforto do recém-nascido.

Tendo em conta que o EEER tem de estruturar as suas intervenções e construir os seus planos de cuidados tendo por base um modelo conceptual, consideramos que o modelo teórico que sustentará a elaboração dos nossos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação será a Teoria do Conforto de Kolcaba.

A teoria do Conforto é considerada como uma teoria de enfermagem de médio alcance, porque tem um número limitado de pressupostos e postulados, tem um nível menos abstrato do conhecimento teórico e inclui conceitos específicos que refletem a prática (Kolcaba, 2003).

Esta teoria refere que a necessidade de cuidados de saúde, nomeadamente necessidade de conforto é uma consequência de uma situação de saúde que provoque tensão e às quais o indivíduo não consegue dar resposta através dos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades são do foro físico, psicológico, espiritual, social e ambientais.

Desta forma, Kolcaba define conforto como uma experiência holística, através do qual o indivíduo que é confortado fica fortalecido pela satisfação das suas necessidades de conforto.

Segundo a teórica os cuidados são organizados numa estrutura taxonómica bidimensional. Para a primeira dimensão corresponde os três tipos de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência. A segunda dimensão corresponde aos contextos onde existem necessidades de conforto: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental.

Os 3 tipos de conforto são: **Alívio**, que é a satisfação de uma necessidade específica; **Tranquilidade**, que é definido como um estado de calma e contentamento; **Transcendência**, que consiste na capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas.

Considerando estas 3 dimensões do conforto, este é perspectivado como um processo de cuidar, mas também como um objetivo para a qualidade de vida do doente.

Desta forma, os objetivos do posicionamento terapêutico, que visam o conforto e um adequado desenvolvimento neuromotor da criança, prevenindo complicações futuras que a impeçam de adquirir competências motoras essenciais ao seu crescimento e socialização, pode-se considerar que é um cuidado complexo e com múltiplos benefícios. Logo, existe uma ligação entre os diferentes objetivos do posicionamento terapêutico e os 3 tipos de conforto descritos anteriormente.

Assim, no que diz respeito ao alívio, evita atrofias musculares, alivia a dor e promove o conforto (Baixinho&Ferreira, 2016,p.11). Relativamente à tranquilidade pode-se referir que favorece o sono e o repouso (Baixinho&Ferreira, 2016,p.11) e promove a regulação do estado neurocomportamental e autorregulação (Unidade de Reabilitação, HUF (2015). Finalmente no plano da transcendência em que as intervenções de enfermagem podem ter como foco melhorar o ambiente de forma a fortalecer a criança para que esta no futuro se adapte às suas limitações, o posicionamento terapêutico mantém o alinhamento corporal, promove a estimulação visual e aumenta a perceção de espaço (Baixinho&Ferreira, 2016,p.11), como também facilita a participação do RN nas experiências sensório-motoras normais (Unidade de Reabilitação, HUF,2015).

Kolcaba (2005) refere que para a aplicação correta da sua teoria, é essencial determinar em que contexto as necessidades da criança e sua família se encontram.

Desta forma, considerando a população a quem se aplica o posicionamento terapêutico, poderá considerar-se que iremos encontrar necessidades no contexto físico, devido à prematuridade e alterações do desenvolvimento. Visto que a autora refere, que este contexto diz respeito a necessidades de conforto físico devido a alterações fisiológicas provocadas por doença ou procedimentos invasivos, que incluem necessidades físicas que a criança e a família podem não estar despertos, nem ter conhecimentos para as reconhecer. Assim como, encontraremos necessidades ambientais, em que as ações consistem em promover um ambiente promotor da saúde, e neste caso específico do desenvolvimento infantil.

Segundo Kolcaba (2005) promover o conforto fortalece o individuo que recebe este cuidado, promovendo no mesmo, **comportamentos de procura de saúde** que são atividades necessárias para atingir a saúde e para se manter saudável. Desta forma, o enfermeiro deve facilitar e promover um ambiente favorável à recuperação e reabilitação. Assim, o EEER deve envolver os pais nos cuidados e ensinar não só sobre o correto posicionamento da criança, mas também sobre os benefícios a longo prazo que este acarreta, de forma capacitar os pais com conhecimentos que promovam a execução do posicionamento terapêutico.

3. Percurso Formativo

3.1 Instituições Envolvidas

Este projeto será desenvolvido em dois contextos, um hospitalar e outro em meio comunitário. No período de 24 de Setembro 2018 a 23 de Novembro 2018, será em meio hospital no Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento do Centro de Medicina Física e Reabilitação [REDACTED] e posteriormente, entre 26 de Novembro 2018 a 8 de Fevereiro de 2019, será na Unidade de Cuidados Continuados (esta ainda não foi possível confirmar – guião de entrevista em Apêndice IV).

Após esta data planeia-se um estágio de observação na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital [REDACTED], ainda a confirmar.

A 26 de Junho 2018 foi possível realizar uma entrevista à Enfermeira Chefe do SRPD, que resultou na colheita de informação exposta de seguida (guião da Entrevista em Apêndice III).

O Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento do Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão tem um total de 16 vagas, em que a faixa etária de internamento é desde o recém-nascido aos 21 anos. As situações clínicas mais frequentes nas crianças internadas são paralisia cerebral, sequelas de AVC e de traumatismo craneo-encefálico e malformações congénitas. Este serviço segue o modelo teórico de Nancy Roper.

Fisicamente é constituído por duas alas, de um lado as enfermarias e do outro as salas de fisioterapia, terapia ocupacional e a escola. Desta forma a criança realiza todas as suas atividades dentro do serviço, não tendo de circular pelo hospital, à exceção da realização da hidroterapia. Relativamente aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por equipa de enfermagem, que inclui enfermeiros de cuidados gerais e EEER, assistentes operacionais, assistente social, equipa médica e psicóloga. A metodologia de trabalho é a de Enfermeiro Responsável, e existem sempre EEER escalados nos turnos da manhã e da tarde. O EEER concebe autonomamente o seu plano de cuidados de acordo com os objetivos traçados para a criança, dando especial atenção ao treino de AVD, sendo a MIF o instrumento de avaliação de resultados.

Os principais cuidados de enfermagem de reabilitação ocorrem no turno da tarde, com treino de atividades de vida diária e treino vesical e intestinal, visto que durante a parte da manhã as crianças frequentam os departamentos das terapias complementares.

Na primeira semana de internamento é realizada uma reunião multidisciplinar onde é delineado um plano de reabilitação, com objetivos a atingir. Após cerca de 5 semanas, é realizada uma reunião de reavaliação. A família é englobada nestas reuniões e participa na decisão dos objetivos a atingir.

Na preparação para a alta o enfermeiro transmite a informação pertinente ao enfermeiro dos cuidados de saúde primários. Se existir necessidade, mantém-se o programa de reabilitação em ambulatório, no CMRA.

O tempo médio de internamento são 52 dias e as crianças têm direito a um acompanhante 24 horas por dia, promovendo assim a parceria de cuidados.

3.2. Definição dos objetivos de estágio e Planeamento de Atividades

Considerando os **objetivos gerais** que delineámos de forma a dar resposta às competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de EEER, que são: Desenvolver competências éticas, científicas, relacionais e técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação através do desenvolvimento de competências científicas e técnicas na área do posicionamento terapêutico. Projetamos **objetivos específicos** a atingir e respetivas atividades a desenvolver, de acordo com as **competências específicas do EEER**: J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Assim como foram planeados **objetivos específicos** e respetivas atividades para cada Domínio das **competências comuns do Enfermeiro Especialista**: A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, B. Domínio da melhoria da qualidade e C. Domínio da gestão dos cuidados.

De seguida é apresentado o quadro dos objetivos, atividades e recursos definidos para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e competências comuns do enfermeiro especialista, que tenciono adquirir durante os estágios.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

J1. CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS

J1.1 AVALIA A FUNCIONALIDADE E DIAGNOSTICA ALTERAÇÕES QUE DETERMINAM LIMITAÇÕES DA ATIVIDADE E INCAPACIDADES

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Crítérios de Avaliação
Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem alterações do Conforto no lactente, relacionadas com o posicionamento terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento motor na infância e posicionamento terapêutico; - Recolha de informação sobre o lactente com alterações motoras, e utilização de instrumentos de avaliação existentes no serviço (processo clínico, meios complementares de diagnóstico e Tratamento); - Avaliação da capacidade funcional do lactente para satisfazer a sua necessidade de conforto; - Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a promoção do conforto no lactente. 	<p>Humanos: Docente orientador Orientador clínico; Lactente e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida</p> <p>Técnicos e materiais: Escala e Instrumentos utilizados nos locais de estágios (MIF); Processo clínico Meios complementares de diagnóstico e tratamento. Autores de referência Normas e <i>guidelines</i> de avaliação.</p>	Realiza pesquisa bibliográfica; Recolhe informação pertinente sobre o lactente; Avalia a capacidade funcional; Identifica fatores facilitadores e inibidores;
Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem alterações do Conforto ao longo do ciclo de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre patologias presentes nos estágios; - Recolha de informação pertinente sobre a situação de saúde da pessoa e utilização de instrumentos de avaliação existentes no serviço. - Avaliação da capacidade funcional da pessoa que determinem alterações do conforto; - Identificação de fatores facilitadores e inibidores para atingir o conforto na pessoa ao longo do ciclo de vida; 		

J1.2 CONCEBE PLANOS DE INTERVENÇÃO COM O PROPÓSITO DE PROMOVER CAPACIDADES ADAPTATIVAS COM VISTA AO AUTOCONTROLO E AUTOCUIDADO NOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA E OU INCAPACIDADE

Conceber planos de intervenção que promovam o Conforto no lactente, através do posicionamento terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a intervenção do EEER através do posicionamento terapêutico; - Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação com o lactente e família; - Elaboração de planos de intervenção de enfermagem que incluam o posicionamento terapêutico, que promovam o conforto; - Seleção e prescrição de produtos de apoio (equipamento de posicionamento) em colaboração com a equipa de enfermagem; 	<p>Humanos: Docente orientador Orientador clínico; Lactente e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida</p> <p>Técnicos e materiais: Escala e Instrumentos utilizados nos locais de estágios; Processo clínico Meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT) Autores de referência Normas e <i>guidelines</i> de avaliação.</p>	Realiza pesquisa bibliográfica; Elabora planos de intervenção de enfermagem Seleciona e prescreve produtos de apoio em colaboração com equipa de enfermagem
Conceber planos de intervenção que promovam o Conforto na pessoa ao longo do	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a intervenção do EEER na patologia em causa ao longo do ciclo de vida; - Elaboração de planos de intervenção de enfermagem que visem otimizar a função motora, cardiorrespiratória, 		Realiza pesquisa bibliográfica; Elabora planos de intervenção de enfermagem Seleciona e prescreve produtos de apoio em colaboração com equipa de enfermagem

ciclo de vida;	sensorial e cognitiva, e outros que promovam o Conforto; - Seleção e prescrição de produtos de apoio.	<u>Humanos:</u> Docente orientador Orientador clínico; Lactente e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida <u>Técnicos e materiais:</u> Escala e Instrumentos utilizados nos locais de estágios; Processo clínico Meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT) Autores de referência Normas e <i>guidelines</i> de avaliação.	
J1.3 IMPLEMENTA AS INTERVENÇÕES PLANEADAS COM O OBJETIVO DE OTIMIZAR E/OU REEDUCAR AS FUNÇÕES AOS NÍVEIS MOTOR, SENSORIAL, COGNITIVO, CARDIORESPIRATÓRIO, DA ALIMENTAÇÃO, DA ELIMINAÇÃO, DA ELIMINAÇÃO E DA SEXUALIDADE.			
Implementar intervenções que otimizem as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação do lactente com alterações do desenvolvimento motor;	-Implementação dos programas de intervenção, incluindo o posicionamento terapêutico, no lactente; -Implementação de programas de posicionamento terapêutico, com vista ao desenvolvimento infantil; -Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de planos de intervenção; -Registo das ações realizadas ao lactente com alterações do desenvolvimento motor;	<u>Humanos:</u> Docente orientador Orientador clínico; Lactente e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida; Equipa multidisciplinar;	Implementa os programas de intervenção , delineados, que incluem o posicionamento terapêutico; Implementa programas de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade elaborados; Colabora com a equipa multidisciplinar na implementação de planos de intervenção; Regista as ações realizadas;
Implementar intervenções que otimizem as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e da sexualidade da pessoa ao longo do ciclo de vida;	-Implementação dos programas de intervenção à pessoa ao longo do ciclo de vida; -Implementação de programas de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade à pessoa ao longo do ciclo de vida; -Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de planos de intervenção; -Registo das ações realizadas à pessoa ao longo do ciclo de vida;	<u>Técnicos e materiais:</u> Processo clínico; Meios complementares de diagnóstico e tratamento; Autores de referência; Normas e <i>guidelines</i> de avaliação.	
J1.4 AVALIA OS RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS			
Avaliar os resultados das intervenções implementadas ao lactente com alterações	-Monitorização da implementação e dos resultados dos planos implementados ao lactente com alterações do desenvolvimento motor;	<u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Lactente e família/Pessoa ao longo	Monitoriza a implementação e os resultados dos planos implementados

do desenvolvimento motor		do ciclo de vida;	
Avaliar os resultados das intervenções implementadas à pessoa ao longo do ciclo de vida;	- Monitorização da implementação e dos resultados dos planos implementados à pessoa ao longo do ciclo de vida;	Técnicos e materiais: MCDT Indicadores e instrumentos utilizados nos locais de estágio	
J2. CAPACITA A PESSOA COM DEFECIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E/OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA			
J2.1 ELABORA E IMPLEMENTA PROGRAMAS DE TREINO DE AVD VISANDO A ADAPTAÇÃO ÀS LIMITAÇÕES DA MOBILIDADE E À MAXIMIZAÇÃO DA AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA			
Implementar programas de treino de Atividades Vida Diária (AVD), maximizando a autonomia da família e lactente com alterações do desenvolvimento motor	- Pesquisa bibliográfica sobre posicionamento terapêutico; - Ensino à família do lactente, com alterações do desenvolvimento, sobre programas de treino de AVD; - Ensino e supervisão, à família do lactente com alterações do desenvolvimento motor, sobre treino de AVD;	Humanos: Docente orientador; Orientador clínico; Lactente e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida;	Realiza pesquisa bibliográfica; Ensina à família do lactente com alterações do desenvolvimento motor, sobre programas de treino de AVD identificação das alterações motoras do lactente e quais os posicionamentos terapêuticos mais adequados ao seu desenvolvimento motor; Ensina e supervisiona sobre programas de treino de AVD;
Implementar programas de treino de Atividades Vida Diária (AVD), maximizando a autonomia da pessoa ao longo do ciclo de vida;	- Ensino sobre técnicas específicas de autocuidado ao longo do ciclo de vida; - Realização de treinos específicos de AVD, com uso de dispositivos de apoio ao longo do ciclo de vida;	Técnicos e materiais: Normas e guidelines existentes; Dispositivos de apoio; Programas de treino existentes no serviço	Ensina sobre técnicas específicas de promoção do conforto ao longo do ciclo de vida; Realiza treinos específicos de AVD, com uso de dispositivos de apoio ao longo do ciclo de vida;
J2.2 PROMOVE A MOBILIDADE, A ACESSIBILIDADE E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL			
Promover a mobilidade e a participação social do lactente com alterações do desenvolvimento motor.	- Pesquisa bibliográfica sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração do lactente com alterações do desenvolvimento motor; - Sensibilização da comunidade para a importância da adoção de práticas inclusivas do lactente com alterações do desenvolvimento motor e sua família;	Humanos: Docente orientador; Orientador clínico; Lactente e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida;	- Pesquisa bibliografia sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração do lactente com alterações do desenvolvimento; - Sensibiliza a comunidade para a importância da adoção de práticas inclusivas do lactente com alterações do desenvolvimento motor e sua família;
Promover a mobilidade e a participação social da pessoa ao longo do ciclo de vida	- Pesquisa bibliográfica sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração da pessoa ao longo do ciclo de vida; - Colaboração com a equipa de enfermagem na sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas;	Técnicos e materiais: Normas e guidelines existentes; Programas de sensibilização existentes no serviço	- Pesquisa bibliografia sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração da pessoa ao longo do ciclo de vida; - Colabora com a equipa de enfermagem na sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas;

J3. MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA			
J3.1 CONCEBE E IMPLEMENTA PROGRAMAS DE TREINO MOTOR E CARDIORESPIRATÓRIO			
Elaborar e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório do lactente com alterações do desenvolvimento motor	<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa bibliográfica sobre programas de treino e exercício ao lactente com alterações do desenvolvimento motor;- Elaboração e implementação de sessões de treino com vista à promoção da saúde e prevenção de sequelas motoras.	<u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida;	<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa bibliografia sobre programas de treino e exercício;- Elabora e implementa de sessões de treino;
Elaborar e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório da pessoa ao longo do ciclo de vida.	<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa bibliográfica sobre programas de treino e exercício à pessoa ao longo do ciclo de vida;- Colaboração com equipa de enfermagem na elaboração e implementação de sessões de treino com vista à promoção da saúde, prevenção de lesões e reabilitação à pessoa ao longo do ciclo de vida,	<u>Técnicos e materiais:</u> Normas e guidelines existentes; Dispositivos de apoio; Programas de treino existentes no serviço	
J3.2 AVALIA E REFORMULA PROGRAMAS DE TREINO MOTOR E CARDIORESPIRATÓRIO EM FUNÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS			
Avaliar os programas de treino motor e cardiorrespiratório implementados ao lactente com alterações do desenvolvimento motor, em função dos resultados.	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação da implementação dos programas concebidos, ao lactente com alterações do desenvolvimento motor;- Avaliação dos resultados obtidos com os programas de treino motor e cardiorrespiratório, em função dos objetivos definidos para o lactente com alterações do desenvolvimento motor,	<u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Criança e família/Pessoa ao longo do ciclo de vida;	<ul style="list-style-type: none">- Avalia a implementação dos programas concebidos;- Avalia os resultados obtidos com os programas de treino motor e cardiorrespiratório, em função dos objetivos definidos com a pessoa;
Avaliar os programas de treino motor e cardiorrespiratório implementados à pessoa ao longo do ciclo de vida, em função dos resultados.	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação da implementação dos programas concebidos, à pessoa ao longo do ciclo de vida- Avaliação dos resultados obtidos com os programas de treino motor e cardiorrespiratório, em função dos objetivos definidos com a pessoa ao longo do ciclo de vida;		

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA			
A1 DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO			
Demonstrar uma tomada decisão ética na prática especializada de enfermagem de reabilitação, suportada em princípios, valores e normas deontológicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Visita ao serviço e integração na equipa multidisciplinar, compreendendo a sua dinâmica; - Conhecimento de normas e protocolos do serviço; - Reflexão e participação na tomada de decisão, com equipa multidisciplinar com base em princípios éticos e deontológicos; - Envolver a pessoa na procura e implementação de estratégias de resolução de problemas; - Consulta do Código Deontológico para resolução de situações de cuidados à pessoa; 	<p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Pessoa ao longo do ciclo de vida; Equipa multidisciplinar;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Código deontológico;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita o serviço e integra-se na equipa multidisciplinar, compreendendo a sua dinâmica; - Conhece as normas e protocolos do serviço; - Reflete e participa na tomada de decisão, com equipa multidisciplinar com base em princípios éticos e deontológicos; - Envolve a pessoa na procura e implementação de estratégias de resolução de problemas; - Consulta o Código Deontológico para resolução de situações de cuidados à pessoa;
A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.			
Gerir as práticas que podem comprometer a segurança, privacidade ou dignidade da pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação, privacidade e autodeterminação na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação; - Colaboração com a equipa de enfermagem na promoção do respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas específicas da pessoa na prática de cuidados de enfermagem; - Recolha e análise de informação pertinente relativa à pessoa, com a finalidade de aumentar a segurança de práticas que respeitem as dimensões éticas e deontológicas; 	<p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Pessoa ao longo do ciclo de vida;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Código deontológico; Processo clínico; Autores de referência;</p>	Promove o respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação, privacidade e autodeterminação na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação; <ul style="list-style-type: none"> - Colabora com a equipa de enfermagem na promoção do respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas específicas da pessoa na prática de cuidados de enfermagem; - Recolhe e analisa informação pertinente relativa à pessoa, com a finalidade de aumentar a segurança de práticas que respeitem as dimensões éticas e deontológicas;
B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA			
Participar em projetos institucionais de melhoria da qualidade na área da reabilitação.	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com a equipa de enfermagem na realização de atividades na área da qualidade existentes no serviço; - Divulgação de experiências de sucesso na área da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação; 	<p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora com a equipa na realização de atividades na área da qualidade, existentes no serviço; - Divulga experiências de sucesso na área da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação;
B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE			
Participar em programas de melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com a equipa de enfermagem na análise e revisão das práticas de cuidados de reabilitação à pessoa relacionadas com os seus resultados; - Colaboração com a equipa de enfermagem na implementação de 	<p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Equipa multidisciplinar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora com a equipa de enfermagem na análise e revisão das práticas de cuidados de reabilitação à pessoa relacionadas com os seus resultados; - Colabora com a equipa de enfermagem na

	<p>programas de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com a equipa de enfermagem na realização de auditorias clínicas existentes no serviço; - Colaboração com a equipa de enfermagem na aplicação de instrumentos de avaliação de resultado dos cuidados de enfermagem; - Pesquisa bibliográfica sobre guias orientadores de boas práticas; - Colaboração com a equipa de enfermagem na elaboração de guias orientadores de boas práticas 	<p><u>Técnicos e materiais:</u> Guias orientadores de boas práticas; Autores de referência; Indicadores do serviço; Instrumento de auditoria do serviço;</p>	<p>implementação de programas de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colabora com a equipa de enfermagem na realização de auditorias clínicas existentes no serviço; - Colabora com a equipa de enfermagem na aplicação de instrumentos de avaliação de resultado dos cuidados de enfermagem; - Colabora com a equipa de enfermagem na elaboração de guias orientadores de boas práticas;
B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO.			
<p>Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança da pessoa, gerindo o risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participação em discussões da equipa multidisciplinar relacionadas com práticas que comprometam o respeito pela pessoa; - Colaboração com a equipa na promoção de um ambiente que promova o respeito pela pessoa; - Conhecer e aplicar os princípios que garantam a administração segura de terapêuticas; - Conhecer os planos de emergência existentes nos serviços; - Desenvolver juntamente com a equipa medidas de segurança dos dados e registos; 	<p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Guias espirituais; Guias culturais;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Normas do serviço; Informação sobre terapêutica; Literatura sobre identidade cultural e espiritual;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participa em discussões da equipa multidisciplinar relacionadas com práticas que comprometam o respeito pela pessoa; - Colabora com a equipa na promoção de um ambiente que promova o respeito pela pessoa; - Conhece e aplica os princípios que garantam a administração segura de terapêuticas; - Conhece os planos de emergência existentes nos serviços; - Desenvolve juntamente com a equipa medidas de segurança dos dados e registos;
C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL			
<p>Gerir a qualidade e segurança dos cuidados prestados pela equipa de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com a equipa multiprofissional na tomada de decisão relativa aos cuidados da pessoa; - Colaboração na colheita e partilha de informação relativa à pessoa, junto da equipa multidisciplinar; - Identificação de situações em que é necessário reencaminhar a pessoa para outros profissionais de saúde; - Elaboração cartas de alta e/ou transferência de enfermagem; 	<p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Equipa multidisciplinar; Pessoa ao longo do ciclo de vida;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Normas do serviço; Processo clínico; Cartas de alta/transferência de enfermagem;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora com a equipa multiprofissional na tomada de decisão relativa aos cuidados da pessoa; - Colabora na colheita e partilha de informação relativa à pessoa, junto da equipa multidisciplinar; - Identifica situações em que é necessário reencaminhar a pessoa para outros profissionais de saúde; - Elabora cartas de alta e/ou transferência de enfermagem;
C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS			
<p>Ajustar os recursos às necessidades dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a gestão de cuidados nos diferentes campos de estágio; - Discutir com o orientador clínico os recursos existentes no serviço e sua adequação à prestação de cuidados de qualidade; - Avaliar juntamente com o orientador clínico os riscos para a prestação de cuidados, associados ao recursos; 	<p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico; Equipa multidisciplinar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhece a gestão de cuidados nos diferentes campos de estágio; - Discute com o orientador clínico os recursos existentes no serviço e sua adequação à prestação de cuidados de qualidade;

	- Integrar a equipa de saúde, reconhecendo e respeitando os diferentes papéis, respeitando-os;		- Avalia juntamente com o orientador clínico os riscos para a prestação de cuidados, associados ao recursos; - Integra a equipa de saúde;
D1. DESENVOLVE O AUTOCONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE			
Demonstrar capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a sua influência na prestação de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento dos meus recursos e limites pessoais e profissionais na prática de cuidados; - Reconhecimento e gestão de sentimentos e emoções na prática de cuidados e relação com a equipa multidisciplinar; - Reconhecimento de situações de conflito eminente com a pessoa e equipa multidisciplinar; - Discussão semana com o orientador clínico para avaliar desempenho na prática de cuidados e relação com a equipa multidisciplinar; - Realização de reflexões escritas de ocorrências de conflito na prática de cuidados ou relação com a equipa multidisciplinar, visando a sua reflexão; - Reflexão formal sobre o meu desempenho nos momentos de avaliação. 	<p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Reflexões escritas; Registos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhe recursos e limites pessoais e profissionais na prática de cuidados; - Reconhece e gere sentimentos e emoções na prática de cuidados e na relação com a equipa multidisciplinar; - Reconhece situações de conflito eminente com a pessoa e equipa multidisciplinar; - Discute semanalmente com o enfermeiro orientador para avaliar desempenho na prática de cuidados e relação com a equipa multidisciplinar; - Realiza reflexões escritas de ocorrências de conflito na prática de cuidados ou relação com a equipa multidisciplinar, visando a sua reflexão;
D2. BASEIA A SUA PRAXIS CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SÓLIDOS E VÁLIDOS PADRÕES DE CONHECIMENTOS			
Sustentar a tomada de decisão no conhecimento atual.	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre os conteúdos necessários à prestação de cuidados de reabilitação nos diferentes contextos clínicos; - Colaborar em projetos nos diferentes campos de estágio, relacionados com as necessidades identificadas e/ou projetos existente no serviço (flyer, poster, sessão de formação ou outros); 	<p><u>Humanos:</u> Docente orientador; Orientador clínico;</p> <p><u>Técnicos e materiais:</u> Bases de dados Artigos e estudos publicados;</p>	

4.Considerações finais

O desenvolvimento deste projeto de formação, permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre o posicionamento terapêutico, obter uma perspetiva da enfermagem de reabilitação sobre este cuidado e estruturar um caminho de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Considero a temática do posicionamento terapêutico atual e transversal ao ciclo de vida. Sendo possível, aplicar muitos dos princípios e obter as suas finalidades em populações heterogéneas. É aplicável à população a quem presto cuidados diariamente, recém-nascidos e lactentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

No entanto, para além da maior taxa de sobrevivência aliada inevitavelmente a co morbilidades da prematuridade, temos também o aumento da esperança média de vida e um maior índice de dependência de idosos. Embora estas duas fases da vida, aparentemente, tenham pouco em comum, são na realidade grupos de pessoas vulneráveis, que necessitam de cuidados de reabilitação, promovendo conforto, diminuindo sequelas e maximizando as suas potencialidades.

Pretendo que este projeto de formação me permita um crescimento profissional e pessoal, através do desenvolvimento de competências em estágio que aliam as competências obtidas da minha prática clínica, aos conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo destes dois semestres. De ressaltar, que durante o 3º semestre pode surgir a necessidade de reformulação deste projeto, pois o processo de aquisição de competências é dinâmico e em constante evolução.

Referências bibliográficas

Baixinho, C., Ferreira, O. (2016). Terapêutica de posição nas transições de vida in Lourenço, M. Ferreira, O., Baixinho, C. *Terapêutica de Posição – Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Portugal: Lusociência.

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica Perspectiva desenvolvimentista*. (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Brazelton, T. (1984). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. (2nd ed.). Filadelfia: Lippincott.

Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In Tomey, A, Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed.) (pp. 481-495). Loures: Lusociência.

ESEL (2018). *Documento de Orientação da Unidade Curricular OPÇÃO II – PROJECTO*. (05-07-2018). Disponível na plataforma BlackBoard da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Fonseca, R., Barros, I., (2016) Terapêutica de posição em neonatologia in Lourenço, M. Ferreira, O., Baixinho, C. *Terapêutica de Posição – Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Portugal: Lusociência.

Heiberger, A. (2014). Managing reflux in infants: Lifestyle modifications or medications?. *The Journal Of The South Dakota State Medical Association*. 67 (6), 237-238.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e aplicação*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.

Joseph, R. (2015). Prolongued Mechanical Ventilation: Challenges to Nurses and Outcomes in Extremely Preterm Babies. *CriticalCareNurse*. 35 (4), 58-66.

Kegel, A., Peersman, K., Baetens, T., Dhooge, I., Van Waelvelde, H. (2012). New reference values must be established for the Alberta Infant Motor Scales for accurate identification of infants at risk for motor development delay in Flanders. *Child: care, health and development*. 39 (2), 260-267.

King, C., Norton, D. (2017). Does therapeutic positioning of preterm infants impact upon optimal health outcomes? A literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 218-222.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Kolcaba, K., DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31 (3), 187-194.

Moreira, R., Magalhães, L., Alves, C. (2014). Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90 (2), 119-134.

Nascimento, D., Carvalho, K. Iwabe, C. (2012). Perfil cognitivo e motor de crianças nascidas prematuras em idade escolar: revisão de literatura. *Revista de Neurociências*, 20 (4), 618-624.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa

Pineda, R., Tjoeng, T., Vavasseur, C., Kidokoro, H., Nel, J., Terrie, I. (2013). Patterns of altered neurobehavior in preterm infants within the neonatal intensive care unit. *The Journal of Pediatrics*, 162 (3). 470-476.

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação Regulamento nº 350/2015. *Diário da República*, Nº 119 (22 de Junho 2015). 16655-16660

Santos, A., Vieira, C., Toso, B., Barreto, G., Souza, S. (2018). Aplicação clínica do Procedimento Operacional Padrão de Posicionamento com Prematuros. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71 (3).

Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação in Vieira, C., Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp15-23). Portugal: Lusociência.

Sousa, B., Dias, C., Pedro, C., Artilheiro, G., Curado, M., (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo in Lourenço, M. Ferreira, O., Baixinho, C. *Terapêutica de Posição – Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Portugal: Lusociência.

Souto, N. (2016). Enfermagem de Reabilitação em Neonatologia in Vieira, C., Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp297-305). Portugal: Lusociência.

Tamez, R. (2009). *Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2015). Posicionamento Terapêutico no Paciente Neonatal e Pediátrico. *Procedimento Operacional Padrão*. Brasil.

Vauclair, J. (2008). *Desenvolvimento da Criança do Nascimento aos Dois Anos: Motricidade – Percepção – Cognição*. Lisboa: Instituto Piaget.

Wallin, L., Eriksson, M. (2009). Newborn Individual Development Care and Assessment Program (NIDCAP): A Systematic Review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6 (2). 54-69.

Wong, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à intervenção Efetiva*. (5ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

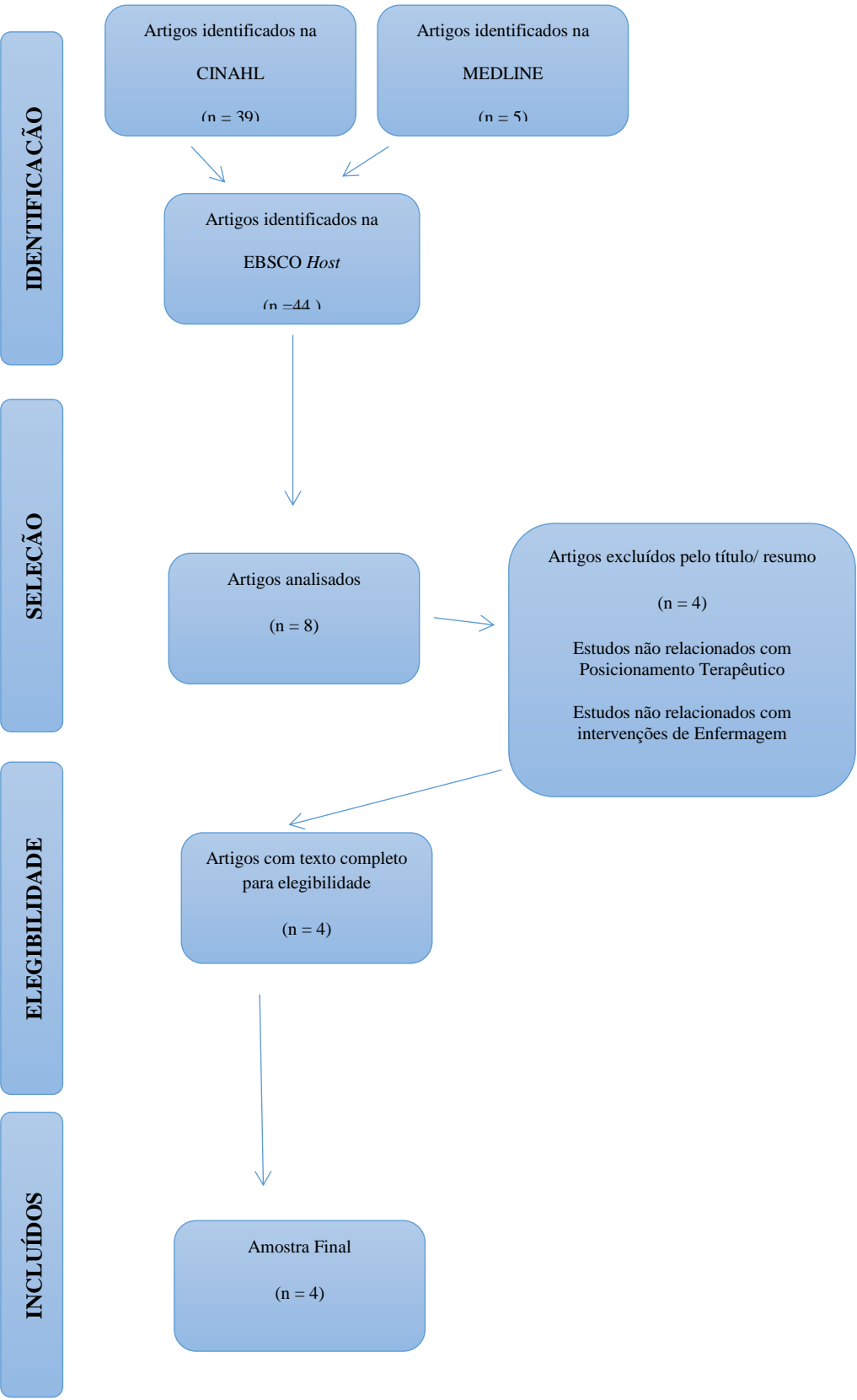
Referências eletrônicas:

<http://www.thecomfortline.com/theory.html>. Acedido a 14 de Julho de 2018 - Teoria do Conforto de Kolcaba

http://www.who.int/topics/preterm_birth/en/. Acedido a 28 de Maio de 2018 – Organização Mundial de Saúde

Apêndice I – Fluxograma Scoping Review

Fluxograma Prisma



Apêndice II – Tabela Resumo dos Textos da Revisão Scoping

TITULO	AUTOR E ANO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU	Sweeneey, J. & Gutierrez, T., 2002	Revisão dos processos de maturação musculoesqueléticos e as suas alterações e intervenções no planeamento de cuidados ao RN, durante o internamento, ensino para a alta e acompanhamento pós-alta.	Durante o 1º ano de vida é quando há maior plasticidade do sistema musculoesquelético, por esse motivo um plano de cuidados de posicionamento, durante o internamento na neonatologia, é essencial para promover o desenvolvimento esquelético, a biomecânica e o alinhamento postural. Através de ensinios aos pais, na preparação para a alta, a enfermeira de neonatologia assume uma intervenção critica para prevenir e minimizar sequelas motoras que prejudicam a aquisição de capacidades de motricidade grosseira.
New reference values must be established for the Alberta Infant Motor Scales for accurate identification of infants at risk for motor development delay in Flanders	Kegel, A. Peersman, W. Onderbeke, K. Baetens, T. Dhooge, I. Van Waelvelde, H. 2012	Determinar se os valores de referencia da AIMS ainda são adequados para aplicação da população infantil atual de Flanders. Assim como, determinar a associação entre capacidades motoras e a posição de dormir e de brincar.	Necessidade de reavaliação da escala AIMS, para ser possível referenciar crianças com risco de alterações motoras. Encontrada evidencia sobre a relação entre posição de dormir e a posição de brincar e o desenvolvimento motor. Desta forma, o ensino sobre prevenção de síndrome de morte súbita do lactente – recomendando o decúbito dorsal para dormir - devem ser acompanhados de ensino sobre brincar em decúbito ventral e evitar colocar a criança durante longos períodos em cadeiras de posicionamento quando acordadas.
Aplicação clínica do Procedimento Operacional Padrão de Posicionamento com Prematuros	Santos, A., Vieira, C., Toso, B., Barreto, G., Souza, S. 2018	Comparar as respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos prematuros quando posicionados pelo decúbito de rotina e pelo procedimento operacional padrão de posicionamento.	O posicionamento de acordo com o procedimento operacional padrão de posicionamento evidencia benefícios em relação ao posicionamento de decúbito de rotina.

TITULO	AUTOR E ANO	OBJETIVO DO ESTUDO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Prolonged Mechanical Ventilation: Challenges to Nurses and Outcome in Extremely Preterm Babies	Joseph, R. 2015	Revisão da literatura sobre a importância dos cuidados especializados ao recém-nascido com necessidade de ventilação mecânica	Recém-nascidos que necessitem de ventilação mecânica prolongada, necessitam simultaneamente de uma equipa com conhecimentos atualizados e de uma prática baseada na evidência. A otimização do posicionamento durante o período de ventilação é um dos cuidados referidos, mais especificamente manter a cabeça à linha média e o decúbito ventral.
Managing Reflux in Infants: Lifestyle Modifications or Medications?	Heiberger, A. 2014	Revisão de literatura onde se pretende compara as medidas farmacológicas e não farmacológicas anti-reflexo gastroesofagico	Dependendo da gravidade do refluxo gastroesofágico as medidas não farmacológicas e farmacológicas podem ser usadas simultaneamente para otimização dos resultados. No entanto, as primeiras medidas a tomar devem ser posicionamento anti-refluxo, cabeceira elevada e decúbito ventral.

Apêndice III - Guião da entrevista ao SRPD

Conhecer aspetos organizacionais do serviço e público-alvo:

- Qual a lotação do serviço?
- Qual a tipologia dos utentes (idades, tipo de diagnóstico, grau de dependência)?
- Existe uma evidente prevalência de internamentos em determinado grupo etário?
- Qual a composição da equipa de enfermagem (especialistas e cuidados gerais)?
- Na gestão de recursos humanos, tem em consideração a existência de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em cada turno?
- O Enfermeiro de Reabilitação desempenha exclusivamente cuidados especializados?
- Qual a metodologia de trabalho e modelo teórico de enfermagem utilizado no serviço? - E especificamente ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação?

2. Descrever a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

- Aquando da admissão da criança/família, o que mais valoriza na avaliação inicial de enfermagem?
- Como integra a família nos cuidados de enfermagem de reabilitação?
- Como planifica os cuidados de enfermagem de reabilitação à criança/família?
- O que tem em consideração na tomada de decisão com vista à intervenção? A idade é um fator a ter em conta?
- Como são avaliados os resultados das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação?
- Que escalas e instrumentos são utilizados na prática de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação?

3. Descrever a articulação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com outros profissionais.

- Coordena os cuidados de reabilitação com outros enfermeiros do serviço?
- Como são articulados os cuidados com outros profissionais da equipa multidisciplinar?

4. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na preparação da alta da criança/família.

- Existe algum procedimento para preparação da alta?
- Existe articulação com a comunidade na preparação para a alta?
- Na comunidade existem continuidade dos programas de reabilitação?



1. Conhecer aspetos organizacionais da UCC e população-alvo:

Qual a área de influência do serviço/ UCC?

Como são sinalizados os utentes?

Intervêm junto de quantos utentes/famílias?

Qual a tipologia dos utentes (idades, tipos de diagnóstico, grau de dependência)?

Qual a composição da equipa multidisciplinar da UCC?

A EEER desempenha exclusivamente cuidados especializados?

2. Descrever a intervenção da EEER:

Quais os cuidados que a EEER realiza (RFR, treino AVD, reabilitação motora)?

A família é integrada nos cuidados de enfermagem de reabilitação? Como planifica os cuidados de enfermagem de reabilitação?

Existem registos?

O que tem em consideração na tomada de decisão com vista à intervenção?

Como são avaliados os resultados das intervenções da EEER?

Existem dispositivos que auxiliem/complementem os cuidados de reabilitação?

Quais?

Que escalas e instrumentos são utilizados na prática de cuidados a EEER?

3. Compreender qual a intervenção da EEER junto da criança/família: Desenvolvem alguma intervenção na população pediátrica?

Existe alguma intervenção/programa de sensibilização para a questão da criança com incapacidade nas escolas?

4. Descrever a articulação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com outros profissionais.

Coordena os cuidados de reabilitação com outros enfermeiros da UCC?

Como são articulados os cuidados com outros profissionais da equipa multidisciplinar?

Apêndice V - Cronograma de Atividades

[illegible]

Apêndice VI – PowerPoint Apresentação Intercalar do Projeto

Importância do Posicionamento terapêutico no neurodesenvolvimento

Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação

9º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Discente: Elisa Páscoa

Docente Orientador: Professora Maria do Céu Sá

6 Junho 2018

Importância do Posicionamento Terapêutico no neurodesenvolvimento

Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação

Sumário

- Justificação do tema
- Componente científica
- Instituições envolvidas

Justificação do tema...

- Há 12 anos a exercer funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais...

...1 em cada 10 recém-nascidos nasce prematuro (OMS,2015)

"Life saving..."

Mas e depois da UCIN...as sequelas...



Justificação do tema...

A posição fetal, principalmente no último trimestre, favorece a flexão dos membros e alinhamento simétrico das articulações, de forma a permitir a auto-regulação e neurodesenvolvimento.

No recém-nascido prematuro a falta de tónus muscular, a força da gravidade e a inexistência da parede uterina vão ter consequências no seu desenvolvimento.

King, C., Norton, D. (2017)

OBJETIVOS DO POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO

- Promover a regulação do estado neurocomportamental e autorregulação;
- Proporcionar suporte postural e de movimento;
- Facilitar a participação do RN nas experiências sensório-motoras normais;
- Otimizar o desenvolvimento musculoesquelético e o alinhamento biomecânico

Unidade de Reabilitação, HUF (2015)

O posicionamento terapêutico é uma intervenção de **baixo custo**, visto estar integrada nas intervenções diárias de enfermagem, e quando é otimizada pode trazer benefício e redução de custos em saúde a longo prazo – **reduzindo sequelas motoras e diminuindo a morbilidade nesta população.**

King, C., Norton, D. (2017)

O **EER** “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-control e auto-cuidado nos processos de transição saúde-doença e ou incapacidade”

OE (2010)

Componente científica

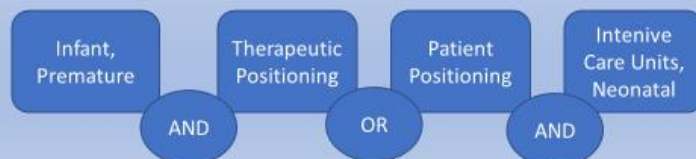
- O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey
- Desenvolvido a partir de um modelo de cuidados centrados na família
- Engloba cinco conceitos fundamentais:

- Criança
- Família
- Saúde
- Ambiente
- Enfermeira

Componente científica

Revisão Scoping

Descritores de Pesquisa



Bases de dados:
CINHAL Full text
MEDLINE Full text

Intervalo temporal:
1998-2018

Componente científica

Resultados Provisórios...

- CINHAL Full text → 8 Artigos
- MEDLINE Full text → 13 Artigos

Instituições envolvidas

CMR – [REDACTED]
Serviço de Pediatria
24.09.2018 – 23.11.2018

UCC [REDACTED]
[REDACTED]
26.11.2018 – 08.02.2019



Referencias Bibliograficas

- http://www.who.int/topics/preterm_birth/en/
- <https://www.spneonatologia.pt/>
- King, C., Norton, D. (2017). Does therapeutic positioning of preterm infants impact upon optimal health outcomes? A literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 218-222
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2015). Procedimento Operacional Padrão. Posicionamento Terapêutico no Paciente Neonatal e Pediátrico

Importância do Posicionamento terapêutico no neurodesenvolvimento

Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação

9º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Discente: Elisa Páscoa

Docente Orientador: Professora Maria do Céu Sá

6 Junho 2018

Apêndice VII – PowerPoint Apresentação Final do Projeto

Promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico – intervenção do EER

9º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Discente: Elisa Páscoa

Docente: Professora Maria do Céu Sá

11 Julho 2018

Sumário

- Justificação da problemática;
- Metodologia de pesquisa;
- Clarificação do modelo teórico orientador da prática;
- Apresentação dos locais de estágio.
- Objetivos para aquisição de competências;
- Cronograma
- Referências Bibliográficas

Justificação da problemática

No recém-nascido prematuro a falta de tónus muscular, a força da gravidade e a inexistência da parede uterina vão ter consequências no seu desenvolvimento.

King, C., Norton, D. (2017)

OBJETIVOS DO POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO

- Promover a regulação do estado neurocomportamental e autorregulação;
- Proporcionar suporte postural e de movimento;
- Facilitar a participação do RN nas experiências sensório-motoras normais;
- Otimizar o desenvolvimento musculoesquelético e o alinhamento biomecânico

Unidade de Reabilitação, HUF (2015)

Posicionamento Terapêutico ao longo do ciclo de vida:

Estudos referem a importância de realização de atividades, incluindo o brincar, em posição ventral para o desenvolvimento de força muscular na porção superior do corpo e o desenvolvimento de capacidades motoras na criança.

(Kegel, et al, 2012)

“ O posicionamento assume-se como uma terapêutica não farmacológica importante na promoção da saúde, tratamento da doença e reabilitação, que possibilita a gestão com maior eficácia dos processos de saúde-doença”
(Baixinho, C., Ferreira, O., 2016,p.11)

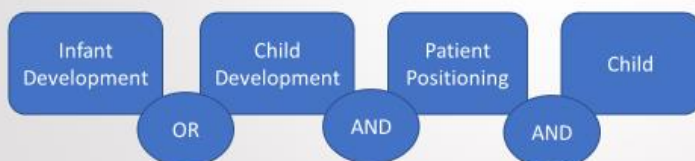
O posicionamento terapêutico é uma intervenção de **baixo custo**, visto estar integrada nas intervenções diárias de enfermagem, e quando é otimizada pode trazer benefício e redução de custos em saúde a longo prazo – **reduzindo sequelas motoras e diminuindo a morbilidade.**

King, C., Norton, D. (2017)

Componente científica

Revisão Scoping

Descritores de Pesquisa



Bases de dados:
CINHAL Full text
3 textos

MEDLINE Full text
1

Clarificação do modelo teórico orientador da prática

Teoria do conforto de Kolcaba:

- É um cuidado multidimensional no processo de cuidar;
- Confortar é em si mesmo um processo de cuidar e um objetivo para a qualidade de vida do doente;
- Existem 3 tipos de conforto:

Alívio - que é a satisfação de uma necessidade específica;

Tranquilidade - que é definido como um estado de calma e contentamento;

Transcendência - que consiste na capacidade para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas – renovação.

Clarificação do modelo teórico orientador da prática

Teoria do conforto de Kolcaba:

- Objetivo para a enfermagem, assim como um estado
- É um cuidado multidimensional no processo de cuidar
- Confortar é em si mesmo um processo de cuidar e um objetivo para a qualidade de vida do doente;
- Existem 3 tipos de conforto:

- Evita atrofias musculares

- Alivia a dor

- Promove o conforto

(Baixinho, C., Ferreira, O., 2016, p.11)

Alívio - que é a satisfação de uma necessidade específica;

Tranquilidade - que é definido como um estado de calma e contentamento;

Transcendência - que consiste na capacidade para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas – renovação.

Clarificação do modelo teórico orientador da prática

Teoria do conforto de Kolcaba:

- Objetivo para a enfermagem, assim como
- É um cuidado multidimensional no processo
- Confortar é em si mesmo um processo de
- Existem 3 tipos de conforto:

- Favorece o sono e o repouso
(Baixinho, C., Ferreira, O., 2016, p.11)
- Promove a regulação do estado neurocomportamental e autorregulação
Unidade de Reabilitação, HUF (2015)

da do doente;

idade específica;

Tranquilidade - que é definido como um estado de calma e contentamento;

Transcendência - que consiste na capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas – renovação.

Clarificação do modelo teórico orientador da prática

Teoria do conforto de Kolcaba:

- Objetivo para a enfermagem, assim como um estado relativo ao doente;
- É um cuidado multidimensional
- Confortar é em si mesmo um processo de
- Existem 3 tipos de conforto:

- Mantém o alinhamento corporal
(Baixinho, C., Ferreira, O., 2016, p.11)
- Promove a estimulação visual e aumenta a percepção de espaço
Unidade de Reabilitação, HUF (2015)
- Facilita a participação do RN nas experiências sensório-motoras normais

qualidade de vida do doente;

o de uma necessidade específica;

tado de calma e contentamento;

Transcendência

ar o seu destino e resolver os seus problemas – renovação.

Objetivos de Estágio - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação

- Desenvolver competências éticas, científicas, relacionais e técnicas de enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação
- Desenvolver competências científicas e técnicas como Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na área do posicionamento terapêutico

Unidade de Competência

J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

Objetivo específico a desenvolver

- Conceber planos de intervenção relacionados com o posicionamento terapêutico com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;

Atividades

- Revisão bibliográfica sobre intervenções de enfermagem de Reeducação Funcional Motora e Posicionamento Terapêutico ao longo do ciclo de vida .
- Elaboração de planos de intervenção de enfermagem de reabilitação personalizados à pessoa, ao longo do ciclo de vida.

Ano	2018										2019				
Mês	março	abril	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	jan e i n o	fevereiro	março	abril	maio	
Pesquisa Bibliográfica e elaboração do projeto de estágio															
Hospital de Alcoitão-Serviço de Pediatria															
UCC Consigo-Alcântara															
H.S.F.X. – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais															
Pesquisa Bibliográfica e elaboração do relatório															
Desenvolvimento de –competências comuns EE															
Desenvolvimento de –competências específicas EEER															

Referencias Bibliograficas

- http://www.who.int/topics/preterm_birth/en/
- <https://www.spneonatologia.pt/>
- Freese, B. (2004). Modelo de Sistemas. In A. Tomey & M. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed.) (pp. 335-355). Loures: Lusociência;
- Kegel, A., Peersman, K., Baetens, T., Dhooge, I., Van Waelvelde, H. (2012). New reference values must be establish for the Alberta Infant Motor Scales for accurate identification of infants at risk for motor development delay in Flanders. *Child: care, health and development*. 39 (2), 260-267
- King, C., Norton, D. (2017). Does therapeutic positioning of preterm infants impact upon optimal health outcomes? A literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 218-222
- Lourenço, M. Ferreira, O., Baixinho, C. (2016). *Terapêutica de Posição – Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Portugal: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didático, Lda
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2015). Procedimento Operacional Padrão. Posicionamento Terapêutico no Paciente Neonatal e Pediátrico
- Vieira-Marques, C., Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Portugal: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didático, Lda

Promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico – intervenção do EER

9º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Discente: Elisa Páscoa

Docente: Professora Maria do Céu Sá

11 Julho 2018

Apêndice II – Relatório de Estágio de Observação

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Relatório de Estágio de Observação
numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

-

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeira EER Orientadora: A. M.

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Sá

Elisa Páscoa

Nº 8366

De forma a poder atingir o objetivo “Desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação através do desenvolvimento de competências científicas e técnicas na área do posicionamento terapêutico” foi desenvolvido um estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), de um Centro Hospitalar de Lisboa, que teve como objetivo observar e analisar as intervenções do EEER nesta área tão específica.

Esta unidade é composta por uma sala de cuidados intensivos, com 5 vagas, e uma sala de cuidados intermédios, com 11 vagas. Os recém-nascidos admitidos neste serviço são provenientes, principalmente, do Bloco de Partos. O motivo de internamento é na grande maioria, prematuridade.

Na equipa existe apenas uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, com quem realizámos este estágio e tivemos a oportunidade de desenvolver competências específicas na área da promoção do desenvolvimento neuromotor da criança internada em Neonatologia. Para além desta enfermeira houve também a oportunidade de acompanhar uma enfermeira especialista de enfermagem de saúde infantil e pediatria, que pertence ao grupo de trabalho Sono e Posicionamentos, sendo corresponsável pela Norma de Procedimento intitulada “Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente” (2018).

Tal como é referido no documento a população alvo deste cuidado são crianças internadas com idade inferior a 37 semanas de gestação e/ou gravemente doentes. Esta norma tem como objetivos:

- Uniformizar as intervenções de enfermagem no posicionamento terapêutico da criança prematura e/ou gravemente doente;
- Contribuir para uma maior eficácia na atuação da equipa de Enfermagem no posicionamento terapêutico do RN, com contributo para a melhoria contínua dos cuidados;
- Promover o desenvolvimento do sistema músculo-esquelético do RN através de um posicionamento correto;
- Facilitar a integração de novos elementos.

De forma a realizar a integração no serviço é necessário compreender a filosofia de cuidados presente, que neste caso é denominada de “Cuidados para o Desenvolvimento (CD)”. Trata-se concomitantemente de uma filosofia de cuidar holística e de um modelo de prestação de cuidados baseado nas necessidades individuais de cada criança/família, promotoras do desenvolvimento neurológico (Altimier & Phillips, 2013).

O progresso científico e tecnológico na área neonatal contribuiu para uma maior sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, no entanto este facto é acompanhado de um novo desafio que é a qualidade de vida e a prevenção de sequelas nesta população.

Segundo Laudert, Liu, Perkins, Blackington, Martin, Macmillan-York, Graven & Handsyside (2007) entre as 24 e as 28 semanas de gestação até aos 3 anos de vida, acontecem inúmeras reestruturações das conexões neuronais. Esta fase do desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC), é considerada um período crítico, durante o qual os fatores ambientais podem influenciar de forma construtiva ou prejudicial. Assim, a estimulação ambiental anormal durante este período específico, influencia negativamente o desenvolvimento do SNC. Considerando a imaturidade do recém-nascido prematuro, devemos considerar que o ambiente extra-uterino tem vários fatores prejudiciais ao seu desenvolvimento saudável.

O desenvolvimento cerebral acontece no meio intrauterino até às 40 semanas de gestação. Este é um meio aquático que protege das perturbações do ambiente, com um aporte contínuo de nutrientes, uma temperatura estável e ritmos cronobiológicos regulares. Nos recém-nascidos prematuros, há mudança de um ambiente aquático para o ambiente aéreo da unidade de cuidados neonatais, o que influencia o desenvolvimento e maturação sensorial e dificulta o processamento dos diferentes estímulos (táteis e vestibulares, olfativos, gustativos, auditivos e visuais). Este acontecimento, origina uma sobrecarga sensorial prejudicial para o desenvolvimento do SNC do recém-nascido prematuro (Lawhon, Buehler, Mcanulty, Als, Alberts, Cummings & Vandenberg, 2017).

Deste modo, os Cuidados para o Desenvolvimento têm como objetivo minimizar os estímulos prejudiciais e um planeamento da prestação de cuidados baseado nas respostas fisiológicas e comportamentais observáveis na criança. Estes cuidados pretendem providenciar um ambiente que promova o desenvolvimento

neurocomportamental do recém-nascido prematuro e/ou gravemente doente, tentando prevenir possíveis complicações, a curto e a longo prazo (Constante, 2017; Coughlin, 2016).

Os autores Coughlin, Gibbins & Hoath (2009), realizaram uma análise da prática baseada na evidência, e concluíram que existem cinco medidas essenciais, independentes da patologia da criança, para a aplicação da filosofia dos Cuidados para o Desenvolvimento. Estas medidas são: a proteção do sono, a avaliação e gestão da dor e do *stress*, o suporte de desenvolvimento das atividades de vida diárias (**posicionamento**, integridade cutânea, alimentação oral), o cuidado centrado na família e o ambiente de cura/reparador (*healing environment*). Desta forma, os CD promovem ganhos em saúde a longo prazo, potenciando ainda a interação entre pais e recém-nascido.

Assim podemos compreender a pertinência da intervenção do posicionamento terapêutico nestas crianças, uma vez que o ambiente intrauterino é caracterizado por limites e barreiras físicas que promovem a flexão generalizada e simultaneamente promove o desenvolvimento fetal. Permitindo que o feto alterne entre movimentos ativos e períodos de descanso, com uma postura de flexão e orientação à linha média. (Hunter, 2010)

Podemos constatar que vários autores, como Altimier & Phillips (2013) e Jeanson (2013) referem que o recém-nascido prematuro beneficia em ser reposicionado com um intervalo máximo de 4h, ou sempre que necessário. Concluíram ainda, que a mudança regular da posição, e cumprindo os princípios do posicionamento terapêutico, favorece a manutenção da função neuromuscular e osteoarticular, assim como o desenvolvimento da atividade motora espontânea e funcional.

Existe ainda neste serviço de Neonatologia um protocolo de atuação para a prevenção da osteopenia do prematuro. Esta condição é caracterizada pela redução da mineralização óssea e é causada por vários fatores nutricionais e biomecânicos (Bozzetti & Tagliabue, 2009).

O período de maior desenvolvimento ósseo é durante o terceiro trimestre da gravidez. O processo de mineralização óssea é determinado pela síntese da matriz óssea pelos osteoblastos, nos quais os sais de cálcio e fosfato são depositados. A mineralização óssea aumenta exponencialmente entre as 24 e as 37 semanas de gestação. Assim, crianças nascidas prematuras são privadas deste ambiente fulcral para o desenvolvimento ósseo. Para além deste fator, há ainda a considerar o

aumento da atividade motora do feto no terceiro trimestre da gravidez, contribuindo de forma decisiva para o desenvolvimento ósseo. Considerando que um recém-nascido prematuro apresenta uma atividade física reduzida¹, julga-se que estes dois fatores influenciam a patogénese da osteopenia (Bozzetti & Tagliabue, 2009; Embleton & Wood, 2014).

A intervenção do EEER no âmbito do desenvolvimento ósseo, decorre da identificação das necessidades de intervenção especializada e posterior conceção de planos de cuidados compreensivos e individuais, baseados na observação metodológica do comportamento destas crianças. Estes planos de intervenção devem ter por base os princípios do protocolo de Moyer-Mileur, Brunstetter, McNaught, Gill, & Chan (2000). Segundo estes autores quando se estabelece um programa de atividade física diário, verificam-se benefícios no aumento da densidade óssea e aumento ponderal.

Este programa de atividade física, consiste em realizar mobilizações passivas dos 4 membros, em crianças com peso superior a 1000gr; mobilizações ativas resistidas dos 4 membros, com 5 repetições em cada segmento articular (incluindo cintura escapulo-umeral e pélvica); deve ter uma duração de 5 a 10 minutos.

Durante o período de estágio, surgiu a oportunidade de participar nos cuidados de enfermagem de reabilitação a 3 crianças prematuras. Duas destas crianças, eram do sexo feminino, gémeas, que nasceram com idade gestacional de 28 semanas, tendo no momento do estágio 4 semanas de vida. A terceira criança, era do sexo masculino, nasceu às 31 semanas e na altura tinha 6 semanas de vida. Em colaboração com a EEER pude participar nos cuidados de posicionamento terapêutico às três crianças, cumprindo os princípios do cuidado e dos CD

Durante a prestação de cuidados à criança do sexo masculino, foi possível realizar ensino à mãe sobre o posicionamento terapêutico, em decúbito lateral e ventral, a importância da sua alternância e os sinais físicos de conforto que a criança manifestava. Desta forma foi possível capacitar a mãe a posicionar de forma independente o seu filho.

¹ Devido à imaturidade do sistema neuromuscular e à incapacidade de vencer a força da gravidade, mantendo uma postura corporal tendencialmente em extensão.

Segundo Cox (2002), as barreiras físicas, como as incubadoras, presentes numa Unidade de Cuidados Intensivos, ou Intermédios Neonatais, dificultam o desenvolvimento de laços afetivos entre pais e filhos, não havendo de forma frequente, um acesso livre à criança.

De forma a contornar esta problemática a intervenção do EEER deve ser centrada na criança e pais, ensinando-os a conhecer o seu filho, através da interpretação do seu comportamento, promovendo a sua participação nos cuidados, tornando-os parte ativa e integrante do processo de cuidar. Esta abordagem já vem referenciada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2015, p.16657) no pressuposto **bem-estar e autocuidado**, sendo mencionada a responsabilidade que recai sobre o EEER a nível do ensino, instrução e treino daquelas que são as pessoas significativas para o cliente, sobre técnicas que promovam o autocuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos.

É imprescindível que EEER reconheça que o ambiente destas Unidades pode impedir a criança de sentir conforto, devido ao ruído, luminosidade, técnicas invasivas e pelo simples facto da criança já não se encontrar em meio aquático. Desta forma, é fundamental que os cuidados sejam planeados de acordo com as respostas comportamentais e fisiológicas do recém-nascido, sendo necessário reconhecer que o conforto é um objetivo para a qualidade de vida destas crianças. Logo, a implementação de um plano de cuidados individualizado, baseado na promoção do conforto físico da criança e no conforto psicológico da família, promovendo a sua participação nos cuidados, permite otimizar o conforto da família e maximizar a adaptação da criança à vida extrauterina.

Em três momentos distintos executámos o protocolo de prevenção de osteopenia, na criança do sexo feminino, que se encontrava em ar ambiente, hemodinamicamente estável. Foi possível avaliar que a criança se apresentava em estado de alerta, confortável, sem sinais de dificuldade respiratória, o que permitiu o início da manipulação. Foram realizadas mobilizações passivas de todos os segmentos dos membros superiores, com 5 repetições. Não foi possível realizar mobilizações ativas resistidas, nos membros superiores, porque se observou diminuição da força muscular, não existindo movimento contra resistência.

No entanto, nos membros inferiores foi possível realizar mobilizações passivas - flexão da coxofemoral e joelho. Quando a criança realizou extensão do joelho, coloquei a minha mão na planta dos pés e exerci uma ligeira resistência, permitindo que esta realizasse força com os membros inferiores contra a minha mão – executando desta forma, mobilizações ativas resistidas.

A execução deste plano de cuidados de enfermagem de reabilitação teve a duração de cerca de 7 minutos. Posteriormente, a criança apresentou um ligeiro aumento da frequência cardíaca (170bpm) e encerrou os olhos por períodos, aparentando estar cansada, foi decidido nesse momento terminar estes cuidados.

A criança foi posicionada em decúbito lateral direito, com membros superiores e inferiores em flexão, cabeça colocada à linha média e com ligeira flexão do pescoço (cerca de 10º) e mãos a tocarem na face, realizada contenção através das faixas de posicionamento do ninho². Cumpriu-se deste modo, os critérios do protocolo de atuação e foram respeitadas as respostas neurocomportamentais desta criança.

Através das atividades descritas anteriormente podemos afirmar que foi possível observar e participar na avaliação do recém-nascido, tomada de decisão e implementação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação. Desta forma, desenvolvemos competências específicas de EEER (Regulamento 392/2019, 2019), nomeadamente: *avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades* (J1.1) através da avaliação do estado de consciência do recém-nascido e da estabilidade hemodinâmica, permitindo-nos decidir o início do treino motor.

Identificámos ainda as competências *concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade* (J1.2) e *implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções* (J1.3) e *avalia os resultados das intervenções implementadas* (J1.4) elaborando planos de intervenção de ER individualizados a cada recém-nascido a quem prestámos cuidados, respeitando a sua necessidade de repouso e sinais de desconforto, terminando o treino motor quando estes foram identificados e realizando posteriormente posicionamento terapêutico de forma a proporcionarmos conforto.

² Equipamento de suporte musculoesquelético, utilizado nas UCIN que promove a flexão dos membros e contenção do RN.

Utilizámos a pesquisa bibliográfica, para compreender e fundamentar os princípios e os ganhos em saúde, das intervenções do EEER em contexto de neonatologia. O que nos permitiu desenvolver as competências concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório (J3.1) e avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados (J3.2), para tal elaborámos e implementámos programas de intervenção que “[...] permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor[...].” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13567), da criança prematura, reduzindo as sequelas motoras desta mudança brusca e precoce causada pelo parto prematuro.

Ao longo desta semana foi possível observar a Enfermeira Orientadora na prestação de cuidados, mas também intervir como futuro EEER, praticando as técnicas de fortalecimento muscular e o posicionamento terapêutico, de forma a enriquecer o desenvolvimento de competências.

Apêndice III – Estudo de Caso

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

Estudo de Caso da M.D.

Discente:

Elisa da Silva Páscoa

Docente Orientador: Prof^a. Maria do Céu Sá

Enfermeira Orientadora: A. S.

Lisboa

Janeiro 2019

Índice

Introdução.....	1
1. Identificação da Cliente.....	3
2. História de Saúde	4
2.1 Antecedentes pessoais.....	4
3.2 Antecedentes familiares.....	6
3.3 Vigilância de Saúde.....	6
4. Rede de Suporte Social.....	8
5.Avaliação de Enfermagem de Reabilitação.....	9
5.1 Exame Físico	9
5.2 Exame neurológico	10
5.3 Avaliação segundo a Escala do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada	12
5.4 Avaliação da Função Respiratória	14
6. Avaliação do Grau de Dependência	14
7. Avaliação de Riscos	15
8. Identificação das necessidades de conforto de acordo com a Teoria de Kolcaba.....	15
9. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	18
10.Considerações Finais	23
Referencias Bibliográficas	25

Anexos

Anexo I – Curva de Crescimento adotada no Programa Nacional de Saúde infantil e juvenil – raparigas

Anexo II – Avaliação da Escala de Lower

Anexo III – Escala de Ashworth Modificada

Anexo IV – Escala de Berg Pediátrica

Anexo V – Escala de Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada, 4-5 anos

Anexo VI – Índice de Barthel

Anexo VII – Escala de risco de queda em pediatria Humpty Dumpty

Anexo VIII – Escala de Avaliação de Risco de úlcera de Pressão, Braden Q

Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da ESEL, foi proposto a elaboração de um estudo de caso que refletisse as competências exigidas e ambicionadas pelo estudante (expressas em projeto de estágio), no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, decorrentes da sua experiência e prática reflexiva acerca de situações complexas de Cuidados de Enfermagem.

Desta forma, o presente estudo de caso aborda a situação da utente M.D., que é uma criança com o diagnóstico de Doença Neuromuscular (ainda em estudo), a quem tive a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação e verificar os ganhos em saúde obtidos com as intervenções de enfermagem de Reabilitação, durante o estágio realizado em contexto comunitário na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados Continuados.

Segundo a Royal College of Nursing (2018), as doenças neuromusculares (DNM) afetam a unidade motora, podendo comprometer os neurónios do corno anterior da medula, as raízes nervosas e os nervos periféricos, a junção neuromuscular ou o músculo. Podem ser de origem genética ou adquirida. Na infância predominam as de origem genética, as DNM afetam vários sistemas do corpo humano, como o respiratório, cardíaco e digestivo. Devido ao défice de força muscular, estas patologias acarretam, consequências motoras como dificuldades na marcha, alterações de equilíbrio e prevalência de quedas.

A nível respiratório, é comum estes doentes desenvolverem um quadro de doença restritiva que não envolve o parênquima pulmonar. Na presença de sintomas de hipoventilação por fraqueza da musculatura respiratória, está indicado a prescrição de Ventilação Não Invasiva (VNI), para realizar no domicílio, de forma evitar internamentos hospitalares (DGS, 2015).

Com a nova conceptualização de funcionalidade baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (DGS, 2004), os aspetos mais positivos do indivíduo, passam a ser valorizados, com foco no bem-estar individual, na autonomia e participação. A CIF operacionaliza o modelo biopsicossocial da incapacidade, enfatizando a identificação das experiências de vida e das necessidades reais de uma pessoa, assim como, a identificação das

características (físicas, sociais) do seu meio circundante e das condições que precisam de ser alteradas para que a funcionalidade e participação dessa pessoa possa ser otimizada.

Assim, a autonomia e participação são aspetos centrais desta nova classificação de funcionalidade e consequentemente importante para avaliar os indivíduos que tem uma doença crónica como é o caso dos doentes com patologia neuromuscular. A grande variedade de doenças neuromusculares, a complexidade de diagnóstico, a diversidade das manifestações clínicas e o seu prognóstico, exigem uma intervenção com profissionais de diferentes especialidades, quer a nível hospitalar, quer a nível comunitário, que trabalhem em equipa para otimizar o potencial destes doentes, contribuindo para a sua qualidade de vida.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades na assistência de saúde e social do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) têm como objetivo prestar cuidados a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambatório e de equipas hospitalares e domiciliárias

Neste sentido, é compreensível que pessoas portadoras de DNM sejam alvo dos cuidados das ECCI. Visto que, a pessoa com patologia neuromuscular está perante uma doença crónica, onde o objetivo não é curar, mas sim gerir a sintomatologia da doença, promovendo o conforto, a autonomia e o autocuidado. Para promover a qualidade de vida destas pessoas são necessários cuidados planeados e estruturados, geridos por profissionais especialistas em reabilitação, nomeadamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Através da prestação de cuidados e da realização deste estudo de caso, foi possível compreender e evidenciar a importância dos cuidados de reabilitação prestados pela EEER da ECCI e os ganhos em saúde para esta criança portadora de DNM. Para a elaboração deste estudo de caso foi consultado o processo clínico, realizada entrevista à cuidadora da criança (funcionária da instituição) e à EEER da ECCI e aplicadas escalas de avaliação da funcionalidade. Para a realização do plano de cuidados utilizou-se a nomenclatura NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

1. Identificação da Cliente

DADOS GERAIS	
NOME	M.D.
IDADE	5 Anos e 3 Meses
DATA DE NASCIMENTO	04 de outubro de 2013
GENERO	Feminino
ESTADO CIVIL	Solteira
PROFISSÃO	Frequenta o ensino pré-escolar desde setembro de 2018
ETNIA	Caucasiana
NATURALIDADE	Lisboa, Portugal
PESSOA SIGNIFICATIVA	<p>Está institucionalizada desde 30 de junho de 2014 juntamente com a irmã gémea na Instituição “A.B.”.</p> <p>Parece próxima de uma funcionária da instituição que está encarregue dos cuidados à M.D. e sua irmã e que forneceu informação detalhada sobre a criança. Referido no processo, em avaliação anterior que “acalma ao colo da funcionária da instituição com quem tem uma relação preferencial”.</p>
RESIDÊNCIA HABITUAL	Alcântara, Portugal.
AGREGADO FAMILIAR	<p>Atualmente institucionalizada com a irmã gémea, com quem coabita no mesmo quarto, cada uma tem a sua cama individual.</p> <ul style="list-style-type: none">Mãe 47 anos, pai 43 anos, 4 irmãos sendo que 3 deles vivem com os pais, com 20, 10 e 7 anos (saudáveis). Família visitou a M.D. e a sua irmã até ao verão de 2017. Desde então sem contacto. M.D. não pergunta pelos pais.
SISTEMA DE SAÚDE	Segurança Social

2. História de Saúde

2.1 Antecedentes pessoais

Gravidez gemelar, vigiada em centro de saúde, sem intercorrências, serologias 3º Trimestre negativas, Strepto B desconhecido.

Cesariana eletiva às 36 semanas por apresentação pélvica.

A M.D é a 1ª gêmea, nasceu com índice Apgar: 7/8/8, sem necessidade de reanimação.

Peso Nascer: 2600 gr, Comprimento: 49 cm e Perímetro Cefálico: 32,8cm

Após nascer apresentou bradicardia e hipotonia, com necessidade de administração de oxigénio e ventilação com ambu, sendo internada na neonatologia. Apresentou Diplegia facial e hipotonia marcada desde o nascimento.

Rastreio metabólico alargado sem alterações.

Teve alta da neonatologia em Junho 2014 para a instituição “A.B.”, com alimentação por sonda nasogastrica. Manteve dieta com leite espessado até aos 12 meses, introduzido iogurte e a papa aos 10 meses. Diagnosticado Refluxo Gastroesofágico, pelo que manteve medidas anti-refluxo durante o primeiro ano de vida, com indicação para se manter sentada 1h após a refeição.

Por má progressão ponderal foi colocada uma Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) em setembro 2014, para realização da alimentação noturna, em gavagem contínua. Atualmente ingere a totalidade da dieta pastosa, ou solida triturada, desde novembro 2018, mantém PEG embora já não seja utilizada.

Desde a alta hospitalar que mantém Ventilação Não Invasiva (VNI) noturna devido à DNM e consequente fraqueza dos músculos respiratórios, com hipoventilação e diminuição progressiva da capacidade vital e da complacência pulmonar. Por apresentar limpeza ineficaz das vias aéreas e tosse não eficaz, foram registados vários internamentos por infeção respiratória. Realizou cinesioterapia no serviço de Medicina Física e Reabilitação do HDE até maio de 2015 altura em que se iniciou apoio da ECCI no domicílio para realização de reeducação funcional respiratória.

Foi submetida a cirurgia de amigdalectomia em outubro de 2016, sem intercorrências.

Relativamente ao desenvolvimento motor da M.D., os dados foram colhidos através da consulta do processo de enfermagem e foi realizada uma entrevista à funcionária da instituição “A.B.” que é a principal cuidadora da M.D.:

- 3 anos e 4 meses passou a alimentar-se por boca de cerca de metade da refeição;
- 4 anos aquisição do equilíbrio estático sentada;
- 4 anos consegue passar da posição de deitada para sentada, apenas com ajuda parcial;
- 4 anos consegue colocar-se em posição ortostática com ajuda de 3ª pessoa;
- 4 anos e 6 meses consegue realizar marcha com ajuda parcial de 3ª pessoa;
- 5 anos consegue alimentar-se por boca da totalidade da dieta pastosa e solida, com alimentos triturados.
- 5 anos mantém incontinência dos esfíncteres vesical e anal, necessitando de usar fralda, mas com percepção quando esta está suja e pede para trocar.

TERAPÊUTICA ATUAL	<p>Ventilação não invasiva (VNI) 12 H/dia (noite e durante a “sesta” da tarde)</p> <p><u>Terapêutica inalatória:</u></p> <p>MDI: Seretaide 1puff/2xdia no ventilador</p> <p>Nebulizada: aerossol com 2ml Brometo de ipatrópio + 3ml de soro fisiológico, 1x dia (antes de cinesiterapia)</p> <p><u>Via oral:</u></p> <p>Esomeprazol 10 mg 1x/dia</p> <p>Eritromicina 250mg 2xs dia</p> <p>Casenlax 1xdia</p> <p><u>Terapêutica SOS:</u></p> <p>Cetirizina 2ml em SOS se rinorreia, 1xdia</p>
Alergias	São desconhecidas alergias medicamentosas ou alimentares

3.2 Antecedentes familiares

Relativamente a antecedentes familiares que existe registo são: mãe com surdez congénita; pai com surdez adquirida (causa desconhecida); de acordo com processo clínico, os restantes irmãos são saudáveis. Considerando que a família não mantém o contato com as duas irmãs desde há 1 ano, não foi possível aferir mais informações.

3.3 Vigilância de Saúde

É acompanhada num Hospital Pediátrico, nomeadamente em: **Neurologia**, por doença neuromuscular em estudo com atraso do Desenvolvimento Psicomotor; **Gastroenterologia** – por colocação da PEG; **Pneumologia**, por necessidade de VNI nocturna; **Medicina Física e Reabilitação**, realiza terapia ocupacional 3 vezes/semana;

Otorrinolaringologia – para vigilância, por ter realizado amigdalectomia em outubro 2016.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2012), as crianças com necessidades de saúde especiais devem ser alvo de uma atenção redobrada dos serviços de saúde. Estas equipas de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção particulares adequadas a estas crianças.

As crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro.

De acordo com a legislação, a Comissão Coordenadora do SNIPI definiu, como **critérios de elegibilidade para Intervenção Precoce na Infância**, as crianças entre os **0** e os **6 anos** e respetivas famílias, que apresentem condições previstas nos seguintes grupos:

1. **“Alterações nas funções ou estruturas do corpo”** que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social;

2. **“Risco grave de atraso de desenvolvimento”** pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

Desta forma, a M.D. foi acompanhada pela UMAD (Unidade Móvel de Apoio Domiciliário), até maio de 2015, por necessidade de realizar cinesiterapia respiratória. No início do ano de 2015 a UMAD solicitou, à UCC, que assegurasse os cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória à M.D., por esta estar inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alcântara.

O objetivo de incluir a M.D. na ECCI foi reduzir a frequência dos deslocamentos da criança ao serviço de urgência e consequentemente os internamentos hospitalares, de forma a obter ganhos em saúde na sua qualidade de vida.

Para a transição deste processo, foi realizada uma reunião no início de 2015, com Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação da UCC, a Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, as representantes da instituição “A.B.” e com a enfermeira da UMAD, programando-se a integração da M.D. e sua irmã na ECCI em maio de 2015.

A avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação resulta nas seguintes intervenções: limpeza das vias aéreas através da realização de cinesiterapia respiratória, vigilância da respiração e características da expetoração e otimização da ventilação através da técnica de posicionamento. Estas visitas domiciliárias eram inicialmente diárias ou em dias alternados, de acordo com a avaliação de necessidades da M.D.

Desde setembro 2018 a M.D. frequenta o jardim de infância durante o período da manhã, tendo ficado acordado que a visita domiciliar da UCC fica programada para 2 dias por semana, sendo ajustável às necessidades da criança.

4. Rede de Suporte Social

A M.D. e a sua irmã, residem numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) registada sob o n.º 30/99, do livro n.º 7 das Associações de Solidariedade Social. Esta IPSS tem como missão o acolhimento de crianças entre os poucos dias de vida e os 3 anos de idade vítimas de situação de risco ou abandono, e que por isso não podem viver com os seus pais ou familiares. Tem como objetivo o encaminhamento de cada uma destas crianças para uma vida digna, seja no regresso à família biológica, ou na integração numa família de adoção.

Atualmente nesta instituição, residem cerca de 20 crianças, em quartos com 2 ou 4 camas, agrupadas por idades. Cada criança tem um espaço de arrumação individual, onde são guardadas as suas roupas e brinquedos. Existem uma sala ampla de refeições, com cadeiras adequadas às diferentes idades, assim como duas salas de atividades, onde as crianças podem brincar.

A M.D. e a sua irmã residem no mesmo quarto, com camas individuais e com locais de arrumação individuais onde são guardados os brinquedos favoritos de cada uma, de forma a promover a individualidade de cada criança. No quarto estão também os ventiladores domiciliários e o aspirador de secreções.

A instituição situa-se numa zona habitacional, em Lisboa. Encontra-se no piso térreo, apenas com pequeno degrau à entrada, os corredores são amplos.

Para além das consultas regulares agendadas no Hospital Pediátrico, sempre que haja necessidade, as funcionárias da “A.B.” contatam a equipa da ECCL, que se deslocam a instituição sempre que necessário, para além das duas visitas semanais acordadas.

Foi acordado dentro da equipa da ECCL que seria sempre a mesma EEER a prestar os cuidados à M.D. e à sua irmã, para que fosse possível estabelecer uma relação de confiança e um conhecimento aprofundado destas crianças. Observa-se de fato uma relação de confiança entre a EEER e as duas crianças, visto que esta através do brincar consegue que as crianças participem nos exercícios de reabilitação respiratória e realiza o procedimento que causa desconforto como a aspiração de secreções, sem resistência por parte das crianças.

5.Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

5.1 Exame Físico

A M.D. apresenta pele pálida, hidratada e íntegra, mucosas rosadas. Apresenta um aspeto cuidado e bom estado de higiene. Aspeto emagrecido, encontra no **percentil inferior a 3**, para a sua idade. (Anexo I)

Parâmetros Biométricos	
Peso	11,1Kg
Altura	1,05m
IMC	10,06Kg/m ²

Apresenta cabelo liso, cabeça e membros proporcionais ao restante corpo, utiliza capacete para prevenção de traumatismo por queda, embora nunca se tenham registado quedas. Os olhos são simétricos, escleróticas brancas, pupilas simétricas, reativas de forma igual à luz – isocoria. Utiliza prótese ocular.

Os pavilhões auriculares têm implantação correta, em linha reta com o nariz. distribuição uniforme.

Mantém diplegia facial, descrita desde o nascimento, provocando uma mímica facial é diminuída, mas ri quando brinca.

Tórax uniforme, sem alterações. Abdómen mole e depressível.

Apresenta amplitude articular mantida em todos os segmentos dos membros superiores. Descoordenação motora para movimentos fino, como por exemplo colocar os óculos, que não consegue.

Relativamente aos membros inferiores, mantém amplitude articular em todos os segmentos. Apresenta posicionamento dos membros inferiores com rotação interna da coxofemoral, extensão do joelho e inversão da tibiotársica. Apresenta este posicionamento durante a marcha, mas em repouso, corrige facilmente.

Sinais Vitais:

- Frequência cardíaca: 100bpm
- Frequência respiratória: 20cpm

- Tensão arterial: 85/55 mmHg
- Temperatura timpânica: 36,6°C
- Dor: 0 (utilizada escala de Faces)

5.2 Exame neurológico

Estado Mental	
Estado de consciência, de orientação e atenção	<p>A M.D. está consciente, vígil (estando atenta ao meio que a rodeia) e orientada na pessoa (sabe o seu 1º nome e a sua idade), no espaço e no tempo (responde corretamente ao mês e dia da semana em que nos encontramos).</p> <p>Interage com as pessoas, demonstra maior afinidade com uma das funcionárias da “A.B.”. Colabora na execução dos exercícios de reabilitação respiratória e motoras, quando é utilizado o brincar durante os exercícios.</p>
Linguagem	<p>Diz o seu nome e responde quando a chamam (exceto quando está a brincar fazendo-se passar pela sua irmã gémea!). Vocabulário simples, dificuldade na articulação das palavras, mas globalmente perceptível. Compreende o que lhe é dito, cumpre as instruções para realização dos exercícios de reabilitação. Constrói frases complexas. Nomeia objetos.</p>
Memória	<p>Sem alterações da memória:</p> <p><u>Memória imediata:</u> quando lhe é pedido para repetir 3 palavras (cão, bola, boneco), consegue repeti-las sem</p>

	<p>dificuldade;</p> <p><u>Memória recente:</u> Memoriza a sequência de exercícios que está a realizar, conseguindo repeti-los mesmo quando é interrompida por alguma brincadeira da irmã; consegue reproduzir as 3 palavras que lhe foram ditas minutos antes.</p> <p><u>Memória de longo prazo:</u> Mantida, consegue contar eventos passados da escola, e qual dos meninos da “A.B.” fez anos no mês anterior e como foi a festa na instituição.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Motricidade

Avaliada a **força muscular**, segundo a Escala de Lower (Anexo II), verificando-se uma diminuição da força na cabeça, pescoço e em todos os segmentos dos membros superiores, realiza o raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade - score 4.

Relativamente aos membros inferiores, consegue realizar todos os movimentos dos segmentos (coxofemoral, joelho, tibiotársica e dedos dos pés) no raio completo e contra resistência moderada, quando está deitada. No entanto, quando é colocada em posição ortostática necessita de apoio para se manter na posição e para realizar marcha, aparentemente por fraqueza muscular, com dificuldade em suportar o próprio peso.

Relativamente ao **tónus muscular**, a relatar que apresenta hipotonia generalizada. Avaliada Escala Modificada e Ashworth (Anexo III), em que verificou um score de 0, nenhum aumento no tónus muscular.

Na avaliação da **coordenação motora**, verificou-se que a M.D. consegue realizar a prova índex-nariz com os olhos abertos, mas não a consegue realizar com os olhos fechados. Não consegue agarrar brinquedos que lhe sejam atirados pelo ar (movimento observado quando estava numa brincadeira com outras crianças da instituição).

Apresenta **sensibilidade** térmica, álgica e dolorosa mantida em todos os segmentos corporais.

Equilíbrio e Marcha

A M.D. apresenta uma marcha atáxica, necessita de apoio de 3ª pessoa ou de se apoiar com os membros superiores em mobília, para conseguir manter o equilíbrio dinâmico em pé. Apresenta rotação interna da coxofemoral, extensão do joelho e inversão da tíbio társica, em ambos os membros inferiores.

Para avaliação do equilíbrio foi aplicada a **Escala de Berg Pediátrica** (Anexo IV), com um score 17/56. Constatando-se equilíbrio sentada, estático e dinâmico, estáveis. Equilíbrio estático e dinâmico, em pé instável, com necessidade de apoio de 3ª pessoa.

A Escala de Equilíbrio Pediátrico avalia o desempenho funcional em 14 itens da via diária. A pontuação máxima é de 56, cada aspecto avaliado possui cinco alternativas de resposta, que pode ser pontuado entre os 0 e os 4. A avaliação da execução da tarefa é baseada no tempo em que uma posição pode ser mantida, na distância em que o membro superior consegue alcançar à frente do corpo e no tempo para completar uma tarefa. Este teste tem a duração de cerca de 15 minutos.

4/12/2018 (D1)		
	Estático	Dinâmico
Sentado	Estável	Estável
Pé	Instável	Instável

5.3 Avaliação segundo a Escala do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

A escala de avaliação do Desenvolvimento Infantil Mary Sheridan (Anexo V), serve como padrão de referência das competências adquiridas em cada idade,

contribuindo para vigiar a saúde infantil e, ao mesmo tempo, motivar e encorajar os pais e educadores, que convivem e observam a criança no seu contexto natural, a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento das crianças.

A Escala do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, avalia os itens *Postura e Motricidade Global*, *Visão e Motricidade Fina*, *Audição e Linguagem* e *Comportamento e Adaptação Social*. Fazendo referência aos sinais de alarme em cada idade e recomendações sobre atividades promotoras do desenvolvimento.

Avaliação do desenvolvimento psicomotor da M.D., aplicando a Escala de Desenvolvimento Mary Sheridan, idade 5 anos:

- **Comportamento e adaptação social** – Reage com reserva a pessoas estranhas, mas estabelece contacto visual, cria empatia, responde de forma comedida, mas quando na presença dos adultos de referência, consegue sorrir e responder ao que lhe é solicitado. Dependente para vestir e despir. Alimenta-se pela sua mão utilizando a colher na mão direita, dieta pastosa ou solida triturada. Usa fralda, alerta com as palavras corretas quando esta se encontra suja. Não antecipa o ato.
- **Visão e Motricidade Fina** – Apresenta diminuição da força muscular, mas faz desenho da figura humana, face grande com olhos e boca da qual emergem os braços e pernas. Identifica mais de 4 cores. Adora fazer puzzles de 10 peças e torres com 5 elementos. E gosta fazer brincadeiras com o seu brinquedo favorito, um peluche da “Minnie”, chamando-o pelo nome.
- **Postura e Motricidade Global** – Necessita de apoio para realizar marcha, consegue manter equilíbrio desde de que apoiada, usa capacete para prevenção de traumatismo por queda.
- **Audição e Linguagem** – Diz o seu nome e responde quando a chamam (exceto quando está a brincar fazendo-se passar pela sua irmã gémea!), sabe a sua idade, vocabulário simples, dificuldade na articulação das palavras, mas globalmente perceptível. Constrói frases complexas, principalmente quando fala com a irmã.

5.4 Avaliação da Função Respiratória

- Avaliação subjetiva: A M.D. não refere dispneia quando questionada, mesmo durante as brincadeiras com a irmã ou outras crianças.

- Avaliação objetiva:

VNI durante a noite e no período da sesta (cerca de 1h30), com máscara facial, com aporte de oxigênio de 1L/min.

INSPEÇÃO	Tórax simétrico, caixa torácica visível, devido ao baixo peso. Expansão simétrica de ambos os hemitórax. Ventilação espontânea, ritmo regular, com FR 29cpm, padrão respiratório misto, superficial, sem aparente uso de músculos acessórios da respiração, sem tiragem. SpO2 superior 96% em ar ambiente.
PALPAÇÃO	Sem massas palpáveis, saliências ou pontos dolorosos no tórax.
PERCUSSÃO	Apresenta som ressonante em todos os pontos percutidos do tórax
AUSCULTAÇÃO	Murmúrio vesicular diminuído nos terços superiores e mantido nos terços inferiores e médios de ambos os hemitorax. Presença de ruídos adventícios nomeadamente roncos no terço superior de ambos os hemitorax.
TOSSE	Tosse por vezes a pedido, produtiva não eficaz, pouco frequente.
SECREÇÕES	Secreções mucosas, viscosas em moderada quantidade.

6. Avaliação do Grau de Dependência

No que concerne o grau de dependência foi aplicado o **Índice de Barthel** (Anexo VI), pelo que, à data desta avaliação a M.D. apresentava um score de 30/100. As dimensões que se encontravam comprometidas eram o controle intestinal e vesical (incontinente); higiene corporal (dependente); uso da casa de banho (dependente); alimentação (necessita de ajuda, que lhe preparem os alimentos); banho (dependente); vestir (necessita de ajuda); Subir escadas (necessita de ajuda mínima); transferência cadeira-cama (necessita de ajuda mínima); deambulação (anda com ajuda de uma pessoa).

7. Avaliação de Riscos

A avaliação de **risco de queda** foi realizada utilizando a **Escala Humpty Dumpty** (Anexo VII), este instrumento de avaliação do risco de queda é constituído por 7 itens: idade, género, diagnóstico, deficiências cognitivas, fatores ambientais, consumo medicamentoso, reação cirúrgica, sedação e anestesia. No caso da M.D. foi obtido um score 11, o que significa um baixo risco de queda.

A avaliação do **risco de úlcera de pressão** foi avaliada através da aplicação da **Escala Braden Q** (Anexo VIII), que deve ser aplicada a crianças entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade. A M.D. obteve um score de 23, o que significa baixo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.

8. Identificação das necessidades de conforto de acordo com a Teoria de Kolcaba

A teoria de conforto de Kolcaba refere que a necessidade de cuidados de saúde, nomeadamente necessidade de conforto é uma consequência de uma situação de saúde que provoque tensão e às quais o indivíduo não consegue dar resposta através dos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades são do foro físico, psicológico, espiritual, social e ambientais. Segundo a teórica os cuidados são organizados numa estrutura **taxonómica bidimensional**. Para a primeira dimensão corresponde aos contextos onde existem necessidades de conforto: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental. A segunda dimensão corresponde os três tipos de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência.

O **alívio** é descrito como o estado em que é dada à pessoa **resposta imediata** a uma necessidade específica, ou seja, é a satisfação da necessidade por meio do controle de fatores que causem desconforto. O que leva à condição humana de calma ou contentamento, é uma condição imediata.

A **tranquilidade** é tida como o estado de calma ou satisfação, relacionado com o suprir necessidades específicas que provoquem desconforto ou interfiram com o conforto, resultantes de uma experiência individual. A tranquilidade atingida

pressupõe uma **condição mais duradoura e contínua**, um estado de contentamento e bem-estar.

A **transcendência** é o estado de conforto mais elevado, traduz-se na satisfação de **necessidades de educação e motivação**, implica crescimento pessoal, ou seja, preparar a pessoa e/ou cuidador para desenvolver os seus potenciais e realizar as atividades diárias com a máxima independência possível, adotando hábitos de vida saudáveis.

Desta forma, foi construída uma tabela onde são analisadas as necessidades de conforto da M.D., os fatores que influenciam positivamente e negativamente estas necessidades, assim como os resultados que se espera alcançar através das intervenções de enfermagem

Contexto	Necessidades de conforto	Fatores que influenciam a necessidade de conforto	Resultados esperados		
			Tipos de conforto, segundo Kolcaba		
			Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Padrão ventilatório ineficaz	Doença neuromuscular, com necessidade de VNI durante o período noturno. Embora, sem sinais de dificuldade respiratória durante a realização de atividades diárias, frequente a escola e brinca com outras crianças, incluindo a irmã.		Melhorar o padrão respiratório	
	Permeabilidade das vias aéreas ineficaz	Necessidade de realizar RFR semanalmente. Disponibilidade da EEER da ECCI para prestar cuidados sempre que necessário, para além das duas visitas semanais agendadas	Assegurar a permeabilidade das vias aéreas		
	Mobilidade física prejudicada	Relacionado com DNM e diminuição da força muscular e ausência de equilíbrio corporal estável em pé		Adquirir equilíbrio estático e dinâmico, em pé	
Psicoespiritual	Atraso de desenvolvimento psicomotor	Relacionado com a DNM. Realiza exercícios promotores do desenvolvimento durante a visita da EEER da ECCI e na terapia ocupacional. As cuidadoras da instituição "A.B." demonstram disponibilidade para participarem nos cuidados e estimularem a M.D. Frequenta o jardim escola desde Setembro 2018.		Promover o desenvolvimento psicomotor	

9. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

<i>Diagnostico</i>	<i>Contexto</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Avaliação/ Tipo de conforto atingido</i>
<p>4/12/18</p> <p>Padrão ventilatório ineficaz relacionado com DNM manifestado por necessidade VNI durante o sono e murmúrio vesicular diminuído e roncos nos terços superiores de ambos os hemitórax, expiração forçada e prolongada débil;</p>	<u>Físico</u>	Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição alveolar e fortalecer musculatura respiratória.	<p>➤ Reeducação Funcional Respiratória (RFR):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Posicionamento com alinhamento corporal e flexão da articulação coxofemoral durante a expiração; 2) Relaxamento e consciencialização da respiração com uso de brinquedos (inspirar fundo para depois soprar um moinho de vento) 3) Otimização da ventilação através da técnica respiratória: expiração lenta prolongada (soprar o moinho de vento) 4) Executar técnica de reeducação costal global: flexão e abdução dos membros superiores (através de brinquedo favorito – Minnie) 	<p>4/12 /2018</p> <p>✓ Sem sinais de dificuldade respiratória, SpO2 98% em ar ambiente. Respiração mista profunda, ritmo regular FR de 20cpm, expansão torácica simétrica.</p> <p>Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido, mas diminuído e roncos audíveis nos terços superiores bilateralmente em ambos os hemitórax.</p> <p>✓ Colabora no programa RFR de forma ativa e interessada, consegue mobilizar ativamente os MS, no entanto demonstra incapacidade de realizar dissociação dos tempos respiratórios e não consegue realizar expiração prolongada;</p> <p>18/01/2019</p> <p>✓ Auscultação: murmúrio veiscular diminuído nos terços superiores de ambos os hemitorax, não se auscultam roncos;</p> <p>✓ Realiza os exercícios de RFR corretamente, gosta particularmente de realizar a reeducação costal global, onde brinca com o seu peluche preferido; consegue realizar expiração prolongada através do brincar (cheirar flor de papel e soprar o moinho);</p> <p>Tipo de Conforto: Tranquilidade</p>

<i>Diagnostico</i>	<i>Contexto</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Avaliação/ Tipo de conforto atingido</i>
<p>4/12/18</p> <p>Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionado com tosse produtiva ineficaz manifestado por expetorar ineficaz, expiração forçada e prolongada débeis, auscultação de murmúrio vesicular diminuído nos terços superiores de ambos os hemitórax e necessidade de aspiração de secreções para limpeza das vias aéreas.</p>	Físico	Assegurar a permeabilidade das vias aéreas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administração dos nebulizadores antes dos exercícios de RFR; ➤ Realizar exercícios RFR referidos anteriormente (consciencialização dos tempos respiratórios, expiração lenta e prolongada, reeducação costal global) ➤ Huff (embaciar e espelho e fazer um desenho posteriormente) ➤ Manobras acessórias com ênfase nas percursões (brincar ao “índio”, pedir para fazer o som aaaa, enquanto se realiza as percursões); ➤ Ensinar, instruir e treinar técnica de tosse eficaz; ➤ Aspiração de secreções; ➤ Avaliação expetoração ➤ Ensinar cuidadora da instituição “A.B.” sobre a importância da ingestão de líquidos. 	<p>4/12/18</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colabora no programa RFR de forma ativa e interessada, consegue mobilizar ativamente os MS, no entanto demonstra incapacidade de realizar dissociação dos tempos respiratórios, não consegue realizar expiração prolongada, nem Huff. ✓ Tosse a pedido, mas pouco eficaz ✓ Aspiração de secreções com a colaboração da M.D. (é esta que controla o momento da aspração, colocando o dedo no orifício de controlo de vácuo da sonda. ✓ Tosse provocada pela presença da sonda na glote; ✓ Aspiradas secreções em moderada quantidade, espessas e mucosas. <p>18/01/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colabora no programa RFR, diverte-se com os exercícios. ✓ Consegue realizar Huff, brincando com o espelho “embaciado”; ✓ Tosse a pedido, durante a aspiração de secreções; ✓ Aspiração de secreções em pequena quantidade, esbranquiçadas, semi-fluidas, com a colaboração da M.D. (é esta que controla o momento da aspiração, colocando o dedo no orifício de controlo de vácuo da sonda). <p><u>Tipo de Conforto: Alívio</u></p>

Diagnostico	Contexto	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação/ Tipo de Conforto atingido
<p>4/12/18</p> <p>Mobilidade física prejudicada relacionado com Força muscular diminuída (Lower 4/5 em todos os segmentos corporais) e equilíbrio ortostático instável (Escala de Berg Pediátrica 17/56) manifestado por necessidade de ajuda parcial de um adulto para realizar marcha e dependência total no autocuidado (índice de Barthel 30)</p>	Físico	<p>Aumentar a força muscular, mantendo a mobilidade articular em todos os segmentos;</p> <p>Melhorar o equilíbrio ortostático.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar mobilizações ativas resistidas de todos os segmentos dos membros superiores utilizando uma boneca para realizar carga; e dos membros inferiores (com a M.D. deitada pedir para colocar os pés ao fundo da cama, com joelhos fletidos e empurrar até realizar extensão dos membros inferiores); ➤ Colocar cada irmã sentada na sua cama (ficando frente a frente), cada uma pega numa ponta de uma corda, com um lenço ao meio, e pedir para puxarem a corda até o lenço estar do seu lado. ➤ Executar treino de equilíbrio ortostático: <ul style="list-style-type: none"> a) Colocar capacete de prevenção de traumatismo; b) Apoio unipodal com flexão do joelho e da coxo-femural (com ajuda de 3ª pessoa) c) Colocar a M.D. com joelhos no chão, membros superiores apoiados na bola de 	<p>4/12/18</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participa na realização dos exercícios de fortalecimentos muscular e de equilíbrio com entusiasmo, tem dificuldade em realizar extensão dos membros inferiores quando exerce força com os pés no fundo da cama; ✓ Apresenta equilíbrio ortostático instável; ✓ Necessita de apoio de 3ª pessoa para se colocar em posição ortostática e para realizar marcha. <p>18/01/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consegue passar da posição de sentada para ortostática, sem ajuda de 3ª pessoa, apenas apoiando-se na cama; ✓ Realiza o exercício da bola de pilates, com equilíbrio corporal mantido; ✓ Realiza marcha com assistência mínima do adulto ou com mão apoiada na parede, com bom controle postural; ✓ Inicia a marcha com membros inferiores com rotação interna da coxofemoral e inversão da tíbia társica, que corrige quando lhe é dito. Flete o joelho ao realizar a marcha; ✓ Melhoria da pontuação na Escala de Berg Pediátrica 20/56

			<p>pilates e pedir para esta se colocar em posição ortostática;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar treino de marcha, com ajuda parcial, ensinar a M.D. a evitar posição viciosa dos membros inferiores (rotação interna da coxofemoral, extensão do joelho e inversão da tibia tática). ➤ Ensinar cuidadora da “A.B.” a incentivar a M.D. a corrigir a postura corporal, sempre que realiza marcha. 	Tipo de Alívio: Tranquilidade
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

<i>Diagnostico</i>	<i>Contexto</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Avaliação</i>
<p>4/12/18</p> <p>Atraso no Crescimento e Desenvolvimento relacionado com DNM manifestado por dificuldade em realizar tarefas típicas do grupo etário de acordo com a Escala de Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada</p>	<p>Psicoespiritual</p>	<p>Promover o desenvolvimento psicomotor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar os exercícios de fortalecimento muscular, de equilíbrio e correção postural referidos anteriormente. De forma a promover maior independência na realização das atividades de vida diárias; ➤ Treinar abrir e fechar fechos de casacos; ➤ Vestir e despir sozinha; ➤ Abrir e fechar os velcros dos sapatos; ➤ Ensinar a cuidadora da "A.B." sobre a importância de brincadeira com legos (motricidade fina) e de promover a execução das atividades de vida diárias pela M.D. (vestir/despir, lavar as mãos e os dentes, pegar nos talheres e alimentar-se); ➤ Utilizar brincadeiras durante os exercícios de reabilitação motora e respiratória que promovam o desenvolvimento cognitivo (distinção de cores, ensinar canções e lengalengas). 	<p>18/01/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A M.D. mantém um atraso global de desenvolvimento. ✓ Consegue realizar algumas das habilidades espectáveis aos 5 anos: como construir 4 degraus com 10 cubos; nomeia mais de 4 cores e consegue desenhar a figura humana. ✓ Após o início do plano de reabilitação em dezembro 2018 adquiriu algumas competências motoras: <ul style="list-style-type: none"> a) fechar o velcro dos sapatos, b) vestir o casaco sozinha (sem fechar o fecho ou abotoar botões); c) lavar os dentes; <p>Tipo de Conforto: Tranquilidade</p>

10.Considerações Finais

A escolha desta criança para a realização do estudo de caso deveu-se ao fato de ser um desafio em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo necessário atuar em várias vertentes. Nomeadamente, o plano de cuidados incluiu fortalecimento muscular, promoção do desenvolvimento psicomotor e otimização da função respiratória, prevenindo internamentos hospitalares.

Foi muito gratificante o desenvolvimento deste trabalho e da execução das intervenções de enfermagem de reabilitação delineadas para a M.D. Deste modo considero que foi um caso desafiante, uma vez que pude constatar, que ao longo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, houve ganhos em saúde, através da aplicação de técnicas de exercitação musculartoarticular dos membros superiores e inferiores, treino de equilíbrio, estimulação cognitiva e RFR.

Considerando que a M.D. é portadora de uma DNM é necessário compreender a importância da atuação multidisciplinar, não só da área da saúde, como também da área educacional e social. Os ganhos em saúde desta criança devem-se focar nas competências motoras que esta consiga desenvolver e na manutenção das suas rotinas diárias, evitando internamentos hospitalares e promovendo o máximo de conforto.

Referencias Bibliográficas

Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de Junho (2006). Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, I Série, N.º 109 (06-06-2006), 3856-3865.

Direção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para as doenças respiratórias*. Lisboa. Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Direção Geral de Saúde.

Norma da Direção Geral de Saúde Nº 017/2011. Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Lisboa. Direção Geral de Saúde.

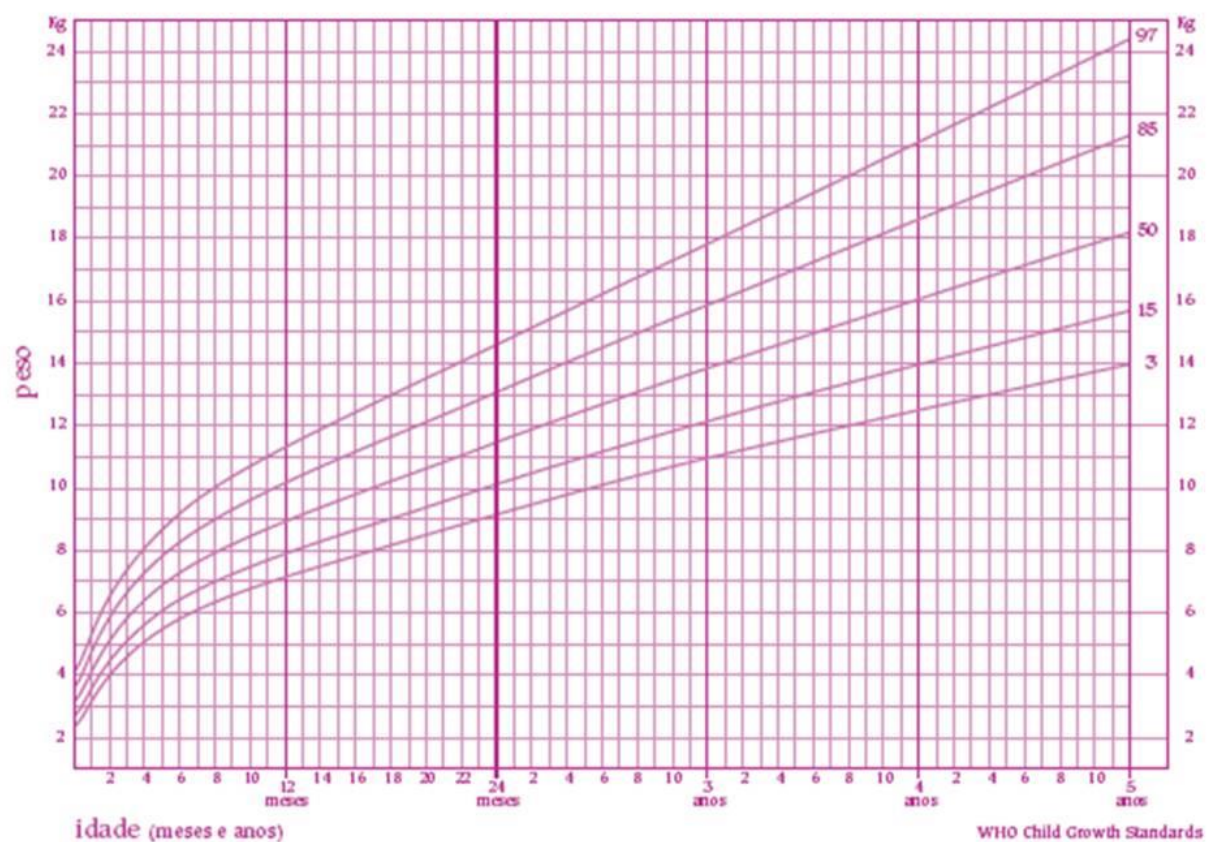
Norma da Direção Geral de Saúde Nº014/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa. Direção Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Tecklin, J. (2002). *Fisioterapia Pediátrica* (3ª Edição). Porto Alegre. Artmed

<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/neuroscience-nursing/neuromuscular-disorders> Acedido em 25/01/2019

Anexo I – Curva de Crescimento adotada no Programa Nacional de Saúde infantil
e juvenil - raparigas



Fonte: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2012), Direção Geral de Saúde.

Anexo II – Avaliação da Escala de Lower

Força Muscular segundo a Escala de Lower			
Cabeça e Pescoço	Flexão	4/5	
	Extensão	4/5	
	Flexão lateral esquerda	4/5	
	Flexão lateral direita	4/5	
	Rotação	4/5	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Rotação Interna	4/5	4/5
	Rotação Externa	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Antebraço	Pronação	4/5	4/5
	Supinação	4/5	4/5
Punho	Flexão plantar	4/5	4/5
	Dorsi flexão	4/5	4/5
	Desvio cubital	4/5	4/5
	Desvio Radial	4/5	4/5
	Circundação	4/5	4/5
Dedos	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Circundação	4/5	4/5
	Oponência do Polgar	4/5	4/5

Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Rotação Interna	4/5	4/5
	Rotação Externa	4/5	4/5
Joelho	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Tibiotársica	Flexão plantar	4/5	4/5
	Flexão dorsal	4/5	4/5
	Inversão	4/5	4/5
	Eversão	4/5	4/5
Dedos	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5

Anexo III – Escala de Ashworth Modificada

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	
GRAU	DESCRIÇÃO
0	Sem aumento de tônus muscular
1	Leve aumento de tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou or resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Leve aumento de tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Anexo IV – Escala de Berg Pediátrica

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG – Pediátrica		
Descrição do Item	4/12/2018	18/01/2019
1. Da posição de sentada para a posição de pé		
<u>Melhor das três tentativas</u> 4 – É capaz de se manter de pé sem uso das mãos de forma estável e independente 3 – É capaz de se manter de pé de forma independente usando as mãos 2 – É capaz de se manter de pé usando as mãos depois de várias tentativas 1 – Necessita de assistência mínima para se manter de pé ou para ficar estável 0 – Necessita de assistência moderada ou máxima para se manter de pé.	3	3
2. Da posição de pé para a posição sentada		
<u>Melhor das três tentativas</u> 4 – Senta-se em segurança com o uso mínimo das mãos 3 – Controla a descida usando as mãos 2 – Usa a parte de trás das pernas contra a cadeira para controlar a descida 1 – Senta-se de forma independente, mas faz uma descida sem controle 0 – Necessita de ajuda para se sentar	3	3
3. Transferências		
<u>Melhor das três tentativas</u> 4 – É capaz de se transferir em segurança com o uso mínimo das mãos 3 – É capaz de se transferir em segurança, com necessidade definida das mãos 2 – É capaz de se transferir com instruções verbais e/ou supervisão (observação) 1 – Necessita de uma pessoa para ajudar 0 – Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para se manter em segurança	3	4
4. Manter-se em pé sem apoio		
4 – É capaz de se manter em pé em segurança durante 30 segundos 3 – É capaz de se manter em pé por 30 segundos com supervisão 2 – É capaz de se manter de pé durante 15 segundos sem apoio 1 – Necessita de várias tentativas para se manter em pé durante 10 segundos sem apoio 0 – Não é capaz de se manter em pé durante 10 segundos sem assistência	0	0

5. Sentar-se sem apoio		
<p>4 – É capaz de se sentar em segurança durante 30 segundos</p> <p>3 – É capaz de se sentar durante 30 segundos com supervisão ou necessitar</p> <p>2 – É capaz de se sentar durante 15 segundos</p> <p>1 – É capaz de se sentar durante 10 segundos</p> <p>0 – Não é capaz de se manter sentado durante 10 segundos sem apoio</p>	4	4
6. Manter-se em pé com os olhos fechados		
<p><u>Melhor das três tentativas</u></p> <p>4 – É capaz de se manter de pé em segurança durante 10 segundos</p> <p>3 – É capaz de se manter de pé durante 10 segundos com supervisão</p> <p>2 – É capaz de se manter de pé durante 3 segundos</p> <p>1 – Não é capaz de manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas permanece estável</p> <p>0 – Necessita de ajuda para evitar queda</p>	1	1
7. Manter-se de pé com os pés juntos		
<p><u>Melhor das três tentativas</u></p> <p>4 – É capaz de manter os pés juntos de forma independente e de ficar de pé em segurança durante 30 segundos</p> <p>3 – É capaz de manter os pés juntos de forma independente e ficar de pé durante 30 segundos com supervisão</p> <p>2 – É capaz de manter os pés juntos de forma independente, mas não é capaz de se aguentar durante 30 segundos</p> <p>1 – Necessita de ajuda para alcançar a posição mas é capaz e se manter de pé durante 30 segundos com os pés juntos</p> <p>0 – Necessita de ajuda para alcançar a posição e/ ou não é capaz de se aguentar durante 30 segundos</p>	1	2
8. Manter-se de pé com um pé à frente do outro		
<p><u>Melhor das três tentativas</u></p> <p>4 – É capaz de colocar os pés alinhados um atrás do outro com independência e de se aguentar durante 30 segundos</p> <p>3 – É capaz de colocar um pé à frente do outro com independência e de se aguentar durante 30 segundos</p> <p>2 – É capaz de dar um pequeno passo com independência e de se aguentar durante 30 segundos, ou necessitar de ajuda para colocar um pé à frente, mas consegue manter-se de pé durante 30 segundos</p> <p>1 – Necessita de ajuda para dar o passo, mas é capaz de se manter de pé durante 15 segundos</p> <p>0 – Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto se mantém em pé</p>	0	0

9. Manter-se de pé sobre uma perna		
<p><u>Melhor das três tentativas</u></p> <p>4 – É capaz de levantar a perna de forma independente e de se aguentar durante 10 segundos</p> <p>3 – É capaz de levantar a perna de forma independente e de se aguentar durante 5 a 9 segundos</p> <p>2 – É capaz de levantar a perna de forma independente e de se aguentar durante 3 a 4 segundos</p> <p>1 – Tentar levantar a perna; não é capaz de se aguentar durante 3 segundos mas permanece de pé</p> <p>0 – Não é capaz de tentar ou precisa de ajuda para prevenir a queda</p>	1	1
10. Dar uma volta de 360º		
<p>4 – É capaz de dar uma volta de 360º com segurança em 4 segundos ou menos para cada volta (total inferior a 8 segundos)</p> <p>3 – É capaz de dar uma volta de 360º com segurança em 4 segundos ou menos apenas numa direção e a volta completa na outra direção mas necessita de mais de 4 segundos</p> <p>2 – É capaz de dar uma volta de 360º em segurança, mas devagar</p> <p>1 – Necessita de supervisão próxima ou de indicações verbais constantes</p> <p>0 – Necessita de ajuda durante a volta</p>	0	0
11. Virar-se pra olhar para trás		
<p>4 – Olha para trás, por cima de cada ombro; as deslocações do peso incluem rotação do tronco</p> <p>3 – Olha para trás, por cima de um ombro com rotação do tronco; a deslocação do peso na direção contrária e ao nível do ombro, não há rotação do tronco</p> <p>2 – Vira a cabeça para olhar ao nível do ombro; não há rotação do tronco</p> <p>1 – Necessita de supervisão quando se vira; o queixo move-se mais do que a metade da distância ao ombro</p> <p>0 – Necessita de ajuda para manter o equilíbrio ou evitar a queda; o movimento do queixo é menor do que metade da distância do ombro</p>	0	0
12. Apanhar objeto do chão		
<p>4 – É capaz de apanhar o sapato do chão com segurança e facilmente</p> <p>3 – É capaz de apanhar o sapato do chão com segurança e facilmente, embora menos que no item anterior</p> <p>2 – Não é capaz de apanhar o sapato mas chega entre 2,24cm e 5,08cm do sapato e mantém o equilíbrio de forma independente</p> <p>1 – Não é capaz de apanhar o sapato; necessita de supervisão enquanto tenta</p> <p>0 – Incapaz de tentar, necessita de ajuda para evitar a perda do equilíbrio ou a queda</p>	1	1

13. Colocar os pés alternadamente num degrau		
4 – Mantém-se de pé de forma independente e em segurança e completa 8 degraus em 20 segundos 3 – É capaz de se manter de pé de uma forma independente e completa 8 degraus em mais de 20 segundos 2 – É capaz de completar 4 degraus sem ajuda, mas necessita de supervisão próxima 1 – É capaz de completar 2 degraus, mas necessita de ajuda mínima 0 – Necessita de ajuda para manter o equilíbrio ou evitar a queda; não é capaz de tentar	0	0
14. Chegar à frente com o braço esticado		
<u>Pontuação média das três tentativas</u> 4 – Consegue chegar à frente com confiança > 25,4cm 3 – Consegue chegar à frente com segurança > 12,7cm 2 – Consegue chegar à frente com segurança > 5,08cm 1 – É capaz de chegar à frente, mas precisa de supervisão 0 – Perde o equilíbrio enquanto tenta; precisa de apoio externo	0	1
Pontuação Total do Teste	17/56	20/56

Anexo V – Escala de Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada, 4-5 anos

	4 anos	5 anos
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg. - Sobe e desce as escadas alternadamente. - Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fica num pé 3 – 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax. - Salta alternadamente num pé
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói escada de 6 cubos. - Copia a cruz. - Combina e nomeia 4 cores básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói 4 degraus com 10 cubos. - Copia o quadrado e o triângulo (5A). - Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores.
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. - Linguagem compreensível. - Apenas algumas substituições infantis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. - Vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. - Gosta de brincar com crianças da sua idade. - Sabe esperar pela sua vez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Veste-se só. - Lava as mãos e a cara e limpa-se só. - Escolhe os amigos. - Compreende as regras do jogo.

Idade	Parâmetros a avaliar	
4 anos	Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fica num pé sem apoio 3-5 seg. ➤ Salta num pé ➤ Sobe e desce as escadas alternadamente
	Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Constrói escada de 6 cubos (3 degraus) após demonstração ➤ Copia a cruz (não deve ser desenhada em frente à criança □ risco de imitação do movimento) ➤ Combina e nomeia 4 cores básicas

		(amarelo, vermelho, verde e azul) ➤ Desenha a figura humana (cabeça, tronco, pernas, e geralmente braços e dedos)
	Audição e Linguagem	➤ Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada ➤ Linguagem compreensível e gramaticalmente correta ➤ Apenas algumas substituições infantis o Por ex. “r” por “l”
	Comportamento e Adaptação Social	➤ Pode vestir-se e despir-se só, com exceção de abotoar atrás e dar laços ➤ Gosta de brincar com crianças da sua idade ➤ Sabe esperar pela sua vez (por ex. construir uma torre colocando os cubos alternadamente – criança / examinador) ➤ Jogo imaginativo / narrativo (uso de miniaturas com criação de cenários imaginários)
	Atividades promotoras do desenvolvimento	
	➤ Promover as construções com <i>lego</i> e com <i>puzzles</i> ; ➤ Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana; ➤ Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos; ➤ Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos; ➤ Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos; ➤ Mostrar as sequências das atividades; ➤ Promover brincadeiras onde exista movimento físico; ➤ Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana); ➤ Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa; ➤ Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.	
5 anos	Parâmetros a avaliar	
	Postura e Motricidade Global	➤ Fica num pé 8-10 segundos com os braços cruzados; ➤ Salta alternadamente num pé (numa distância de 2-3 metros)
	Visão e Motricidade Fina	➤ Constrói 4 degraus com 10 cubos após demonstração

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copia o quadrado e o triângulo (não deve ser desenhada na frente da criança) ➤ Conta 5 dedos de uma mão ➤ Nomeia 4 ou mais cores e combina até 10 cores ➤ Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços)
	Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento ➤ Vocabulário fluente e articulação geralmente correta ➤ Pode haver redução de grupos consonânticos (por ex. todos os grupos que contenham Cr ou Cl)
	Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Veste-se só ➤ Lava as mãos e a cara e limpa-se só ➤ Escolhe os amigos ➤ Compreende as regras do jogo
	Atividades promotoras do desenvolvimento	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Selecionar os programas televisivos/computador, bem como o horário e o período de tempo; ➤ Não ridicularizar os presumíveis medos/pesadelos/fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência; ➤ Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora; ➤ Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras; ➤ Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece; ➤ Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados...; ➤ Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira); ➤ Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc...). 	

Anexo VI – Índice de Barthel

Controlo Intestinal	Incontinente	0	0
	Incontinente Ocasional	5	
	Continente-Independente	10	
Controlo Vesical	Incontinente ou cateterizado e incapacitado de o fazer	0	0
	Acidente Ocasional (máximo 1x em 24h)	5	
	Continente	10	
Higiene Corporal	Dependente	0	0
	Independente	5	
Uso da Casa de Banho	Dependente	0	0
	Precisa de ajuda (mas consegue fazer alguns coisas sozinho)	5	
	Independente	10	
Alimentação	Dependente	0	
	Necessita de ajuda (cortar, barrar a manteiga, etc.)	5	5
	Independente	10	
Banho	Dependente	0	0
	Independente (ou no chuveiro)	5	
Vestir	Dependente	0	
	Precisa de ajuda (mas faz cerca de metade sem ajuda)	5	5
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10	
Subir Escadas	Incapaz	0	0
	Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)	5	
	Independente para subir e descer	10	
Transferência Cadeira-Cama	Incapaz – Dependente	0	
	Necessita de grande ajuda	5	
	Necessita de ajuda mínima	10	10
	Independente	15	
Deambulação	Imobilizado – Dependente	0	
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...	5	
	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10	10
	Independente (pode utilizar bengala, andarilho)	15	
TOTAL			30
Dependência total – Até 25			
Dependência severa – 26-50			
Dependência – 51 – 75			
Dependência leve – 76 – 99			
Totalmente Independente - 100			

Anexo VII – Escala de risco de queda em pediatria Humpty Dumpty

Parâmetros	Critérios	Pontuação
Idade	< 3 Anos	4
	>ou = 3 Anos e < 7 Anos	3
	>ou = 7 Anos e < 13 Anos	2
	>ou = 13 Anos	1
Gênero	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Alterações Neurológicas	4
	Alterações na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anemia, anorexia, tonturas/ síncope, etc.)	3
	Psiquiátrico/ Alterações do comportamento	2
	Outros diagnósticos	1
Cognição	Não está consciente das suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
	Está consciente das suas limitações	1
Fatores Ambientais	História de quedas nos últimos 3 meses OU criança < 3 Anos em cama (i.e. não em berço)	4
	Criança com < 3 Anos em berço	3
	Criança/ adolescente acamado	2
	Criança/ adolescente que deambula.	1
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	Há menos de 24h	3
	Há mais de 24h e menos de 48h	2
	Há mais de 48h	1
	Sem sedação/ Anestesia/ Cirurgia	0
Medicação	Utilização de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: - Sedativos - Hipnóticos - Barbitúricos - Fenotiazinas - Anticonvulsivos - Antidepressivos - Narcóticos - Laxantes - Diuréticos	3
	Um dos medicamentos acima listados	2
	Outros medicamentos/ Nenhum	1
	Total	11
	Nível de Risco	Baixo risco
Legenda: Baixo Risco de Queda – Total < ou = 12 Alto Risco de Queda – Total > 12		

Anexo VIII – Escala de Avaliação de Risco de úlcera de Pressão, Braden Q

ESCALA DE BRADEN PEDIÁTRICA					
Itens de Avaliação					Avaliação
Percepção Sensorial (Capacidade de reação significativa ao desconforto)	1.Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2.Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3.Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4.Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1.Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2.Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3.Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4.Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	4
Atividade Nível de atividade física	1.Acamado: O doente está confinado à cama.	2.Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ ou tem que ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3.Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos, deitado ou sentado.	4.Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	4
Mobilidade Capacidade de alterar e a posição do corpo	1.Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2.Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas, sozinho.	3.Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4.Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	4

<p>Nutrição</p> <p>Alimentação habitual</p>	<p>1.Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU Está em jejum e/ ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2.Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento diabético OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3.Adequada: Come mais de metade das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4.Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>	<p>4</p>
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>	<p>1.Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente e sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2.Problema potencial: Movimentar-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição. Relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>3.Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.</p>		<p>2</p>
<p>Legenda: Alto Risco – Total< 22 Baixo Risco – Total> ou = 22</p>					<p>Pontuação Total (Máximo= 23)</p>
					<p>23 BAIXO</p>

**Apêndice IV – Sessão de Educação para a saúde “Posicionamento do
bebê”**

Posicionamento do bebé

Curso de preparação para o nascimento e parentalidade

Prof.^a Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Sá

Enfermeira Orientadora: Enf.^a Especialista A. S.

(9^o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

14 Janeiro 2019

Sumário

- ▶ Importância da posição fetal;
- ▶ Adaptação do bebé à vida extra-uterina;
- ▶ Importância da contenção e alinhamento do bebé;
- ▶ Posicionamento promotor do desenvolvimento motor durante o 1^o ano de vida
- ▶ Importância do posicionamento seguro durante o sono;

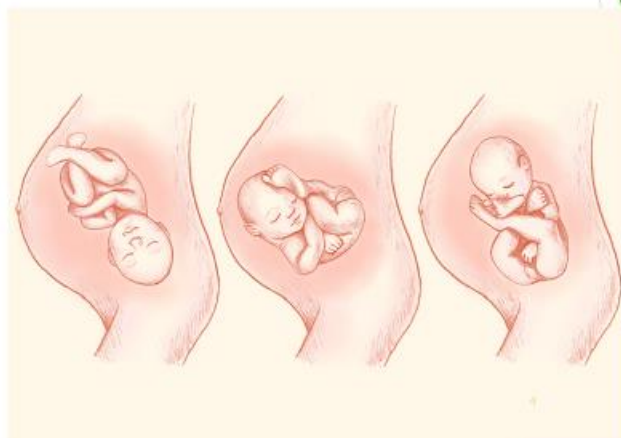
Objetivos:

- Informar sobre o posicionamento do bebe no 1º mês de vida e durante o 1º ano de vida;
- Informar sobre a posição correta do bebé durante o sono;
- Promover conhecimentos sobre o posicionamento do bebé, que favorece o desenvolvimento motor.

3

Posição fetal

O posicionamento do feto no último trimestre da gravidez é de braços e pernas fletidos e centrados à linha média.



Fonte: <https://bebe.abril.com.br/gravidez/entenda-as-posicoes-em-que-o-bebe-esta-antes-e-na-hora-do-parto>

O feto no útero materno está contido pela parede uterina ...

Após o nascimento, o bebé, devido à inexistência de barreiras físicas tem que se adaptar



Fonte:
https://www.google.pt/url?sa=i&ict=j&q=6&src=6&source=images&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjZogT_pTtAHUMQhokHYt1BZUQJRo6&AgBEAJ&url=http%3A%2F%2Fwww.mamaefagarela.com%2Fpersonalidade-bebe-forma-que-dorme%2F8pslg-AOVWaw3f6d-phZWHCu8K6Rv9w77bust-1544521775752289

Contenção e alinhamento à linha média do recém-nascido, o que facilita?

- ▶ Braços encostados ao centro do peito;
- ▶ Pernas fletidas;
- ▶ Denominada posição de ninho;

Esta é uma posição que promove o conforto, o alinhamento e a simetria do recém-nascido



Fonte: justrealmom.com.br

Recomendações para a Posição correta do bebé durante o sono

- ▶ Colocar o bebé a dormir preferencialmente de costas;
- ▶ Os pés do bebé devem tocar no fundo do berço, para que não escorregue para debaixo dos lençóis - a cabeça deve estar sempre descoberta;
- ▶ O berço deve conter apenas o colchão e a roupa de cama - sem rolos ou faixas de contenção;
- ▶ Deve-se usar lençóis e cobertor ao invés de edredon porque diminui o risco de sufocação;

Fonte: Sociedade Portuguesa de Pediatria

<http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-da-morte-subita.aspx>

Recomendações que promovem um sono tranquilo...

- ▶ Após a mamada o bebé deve ficar na vertical durante cerca de 15 minutos, para facilitar arrotar e evitar bolçar;
- ▶ Não colocar o bebé a dormir de barriga para baixo, principalmente durante os primeiros 12 meses de vida;
- ▶ Não sobreaquecer o bebé - mãos e pés devem estar mais frios do que o tronco;
- ▶ Não expor o bebé ao fumo de tabaco, durante a gravidez e após o nascimento.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Pediatria

<http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-da-morte-subita.aspx>

De costas para dormir...

A Associação Americana de Pediatria lançou a campanha

"Back to sleep, Tummy to play"



Fonte: bebemamae.com

Posição para brincar..



Fonte:leiturinha.com.br



Fonte:tuasaude.com

Entre os 2 e 3 meses ocorre a primeira conquista postural do bebé ... erguer a cabeça a 90° de barriga para baixo

Fonte: Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional, DGS (2012)

...O que permite a posição de ventral

Fortalecimento dos músculos do pescoço e da anca, que são essenciais para o desenvolvimento motor durante o 1º ano de vida... controlo da cabeça, rolar, gatinhar.



Fonte:
<https://www.google.pt/url?sa=i&rc=j&img=source=images&oc=0&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwfaodKnp1fAHKKx4UW45oEB&KQjRxoBqgRE4U8uH-https://3AS2F%2Fweyleprevost.com.br/2F2019%2F09%2F21%2Fweyleprevost-protocolo-projeto-de-prevencao-a-diarreia-infantil%2F2Fpsig~AQwVw3h5d-ph2WNCu8H4UHY9w178ust=1544521775752289>

Posição para brincar..

Diversos estudos nos últimos anos, referem a importância de realização de atividades, incluindo o brincar, em posição ventral para o desenvolvimento de força muscular na porção superior do corpo e o desenvolvimento de capacidades motoras na criança.

(Kegel, A., Peersman, K., Baetens, T., Dhooge, I., Van Waelvelde, H., 2012)

Posição para brincar..



Fonte imagem: tuusaude.com
Fonte: Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional, DGS (2012)

Referencias Bibliograficas

- ▶ Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma n.º 010/2013.
- ▶ Kegel, A., Peersman, K., Baetens, T., Dhooge, I., Van Waelvelde, H. (2012). New reference values must be establish for the Alberta Infant Motor Scales for accurate identification of infants at risk for motor development delay in Flanders. *Child: care, health and development*. 39 (2), 260-267.
- ▶ Vauclair, J. (2008). *Desenvolvimento da Criança do Nascimento aos Dois Anos: Motricidade - Percepção - Cognição*. Lisboa: Instituto Piaget.
- ▶ Waitzman, K.A. (2007). The importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play and Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 7(2), 76-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2007.05.004>.

UCC Consigo



Elaborado por: Elisa Pascoa
9^oCMER

Posicionamento do bebé

Curso de preparação para o nascimento e parentalidade

UCC Consigo

Prof.^a Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Sá
Enfermeira Orientadora: Enf.^a Especialista A. S.
(9^o CMER-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

14 Janeiro 2019

Apêndice V – Sessão “Promover a mobilidade...na imobilidade”

Docente: Prof.ª Drª Maria do Céu Sá
Enfermeira Orientadora:
EER A. S.

Discente: Elisa Páscoa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Janeiro 2019



A imagem é uma fotografia de Autor Desconhecido está licenciada no âmbito do CC BY-NC-SA

PROMOVER A
MOBILIDADE...
..NA IMOBILIDADE



Mobilidade...



MOBILIDADE...

Grave problema de saúde pública...

... danos na saúde

... impede a independência.



O período
prolongado no
leito afeta todos
os sistemas
orgânicos de uma
forma global e
holística



Consequências da Imobilidade...



Consequências da Imobilidade



Défice retorno venoso + Aumento sobrecarga cardíaca + Hipotensão ortostática + Risco trombose venosa profunda



Restrição movimento torácico + respiração superficial + acumulação de secreções + limpeza vias aéreas ineficaz + risco infeções respiratórias
Desequilíbrio ventilação/perfusão



Perca de força e massa muscular e consequente atrofia muscular
Perca progressiva de densidade óssea e risco osteoporose
Formação de aderências articulares



Pressão direta tecidos moles e fricção aumenta risco Ulceras Pressão



Exercícios a realizar no leito

Exercícios motores

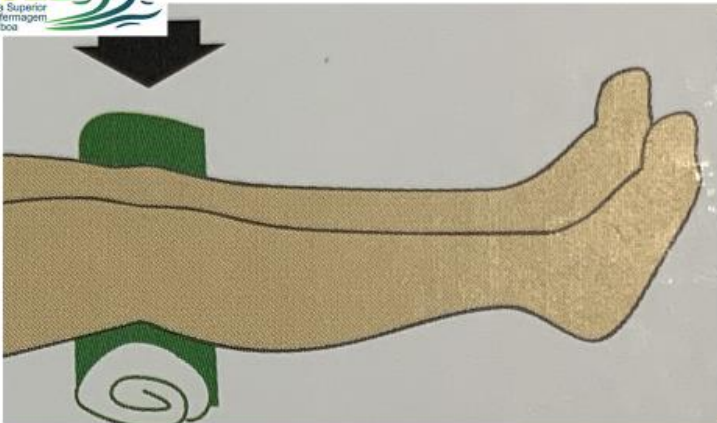


Exercícios isométricos



- 1. Não existe movimento articular apesar da contração muscular
- 2. O musculo contraí, mas não existe nenhum movimento do membro
- 3. **Quais as vantagens dos exercícios isométricos:**
 - Podem ser realizados quando o movimento causa dor;
 - São indicados se existe diminuição da força muscular, com músculos incapazes de contrariar as forças externas;
 - Melhora a circulação local (bomba muscular);

(European bone and joint health strategies project, 2012)



Exercícios isométricos a
realizar no leito:

- Membro inferior em extensão
- Colocar um rolo (p.e. uma toalha) na região poplíteia
- Contrair os músculos do membro inferior, de forma a exercer pressão sobre o rolo (durante 10 segundos)
- Repetir 10 vezes

Fonte imagem:
<https://br.pinterest.com/julianotereza/reabilita%C3%A7%C3%A3o/>



Contração dos glúteos

- Contrai os glúteos durante 10 segundos, relaxa durante 10 segundos.
- Realizar series de 10 repetições.

Fonte: Folheto "Artroplastia da Anca" Hospital dos Lusíadas

Exercícios isotónicos



- 1. A contração muscular provoca movimento articular
- 2. O musculo contrai e provoca movimento do membro
- 3. Pode-se evoluir para mobilizações ativas resistidas

Contração isotónica
do membro superior



Fonte: pt.wikihow.com

Flexão e
extensão da
tibio-társica



Flexão/Extensão
da articulação
coxofemoral
associada
extensão/flexão
joelho



Fonte: portaldocorhecimento.gov.cv

A ponte



Pés e joelhos unidos

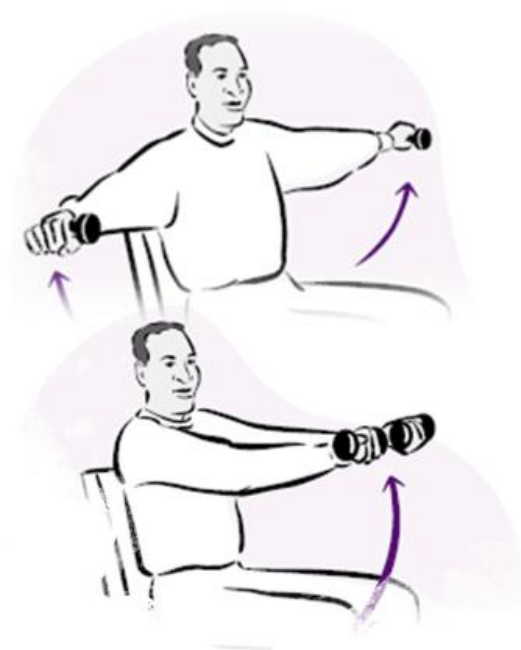
Focar a contração
muscular nos
glúteos e
abdominais

Expirar durante
elevação da anca

Exercícios dos membros superiores

- Adução e abdução dos membros superiores.
- Extensão e flexão dos membros superiores.
- Com pesos ou sem pesos, de acordo com tolerância do utente

Fonte: principio.org



Referências Bibliográficas

- Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). *Manual de Boas práticas na reabilitação respiratória*. Loures: Lusociência.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- European bone and joint health strategies project (2012). European action towards better musculoskeletal health. A Public Health Strategy to Reduce the Burden of Musculoskeletal Conditions. The Bone & Joint Decade Department of Orthopedics. University Hospital, SE-221 85. LUND, Sweden,
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Fonte imagens: Marques, A., Figueiredo, D., Jácome, C., & Cruz, J. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora?* Loures: Lusodidacta.

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa



A imagem é uma fotografia de Autor Desconhecido está licenciada sob o termo CC BY-NC-ND

PROMOVER A
MOBILIDADE...

..NA IMOBILIDADE